

Clovis Antonio Brighenti
Organizador

Memórias indígenas da peste:



**EPIDEMIAS E PANDEMIAS
NA AMÉRICA LATINA**



Pedro & João
editores

**MEMÓRIAS INDÍGENAS DA PESTE:
EPIDEMIAS E PANDEMIAS NA
AMÉRICA LATINA**

CLOVIS ANTONIO BRIGHENTI
(Organizador)

**MEMÓRIAS INDÍGENAS DA PESTE:
EPIDEMIAS E PANDEMIAS NA
AMÉRICA LATINA**


Pedro & João
editores

Copyright © Autoras e autores

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

Clovis Antonio Brighenti [Org.]

Memórias indígenas da peste: epidemias e pandemias na América Latina.

São Carlos: Pedro & João Editores, 2022. 371p. 16 x 23 cm.

ISBN: 978-65-5869-839-5 [Impresso]

978-65-5869-781-7 [Digital]

1. Memórias indígenas. 2. Peste, epidemia e pandemia 3. Povos indígenas.
4. América Latina. I. Título.

CDD – 900

Capa: Petricor Design

Ficha Catalográfica: Hélio Márcio Pajeú – CRB - 8-8828

Diagramação: Diany Akiko Lee

Editores: Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

Conselho Científico da Pedro & João Editores:

Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/ Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luis Fernando Soares Zuin (USP/Brasil).



Pedro & João Editores

www.pedroejoaoeditores.com.br

13568-878 – São Carlos – SP

2022

Sumário

Prefácio	7
Apresentação	17

PARTE I

As pestes na perspectiva histórica

A colonização dos corpos. A doença como ferramenta de dominação Elaine Pereira Rocha	31
Epidemias entre indígenas do litoral do Brasil no Século XVI Benedito Genofre Prezia	63
As palavras para tempos de peste: a linguagem Guarani das doenças epidêmicas no século XVII Francisco Silva Noelli	99
Os culpados pelas pestes e mortandades. Discurso e problema dos missionários na crise demográfica do México indígena no século XVI Alexandre Camera Varella	159
A incidência da malária entre os Avá-Guarani Paranaenses como manifestação do neocolonialismo Clovis Antonio Brighenti	201

PARTE II

Coronavírus entre povos indígenas

Biopolítica de la cuarentena en La Paz Y El Alto - Bolivia	233
Víctor Hugo Perales Miranda	
Coronavirus <i>Unquymanta</i>: entre la reinención y desestructuración campesina en el Perú (un análisis de las comunidades quechua post covid-19)	261
Cliver Ccahuanihancco Arque	
Las morales de resistencia indígena en Xochistlahuaca, México	279
J. Kenny Acuña Villavicencio	
Los <i>Nn'a ncue Ñomndaa</i>: la pandemia por COVID-19 y las virtudes de lo cotidiano	305
Manuel Garza Zepeda Ever Sánchez Osorio	
As prisões de pessoas indígenas em meio à pandemia e a urgência do desencarceramento	351
Caroline Dias Hilgert Michael Mary Nolan Viviane Balbuglio	
Biografia dos autores e autoras	367

Prefácio

A coletânea “*Memórias indígenas da peste: epidemias e pandemias na América Latina*” reúne textos que têm como eixo estruturante doenças que afetaram/afetam os povos indígenas na América Latina, em dois recortes: o período colonial e pós-colonial e o período recente da pandemia de Covid-19. É possível observar fios condutores em todos os artigos, que coerentemente demonstram que sempre houve, de um lado, projetos de exploração (ou mesmo de extermínio) atingindo os corpos e os territórios indígenas e, de outro, a resistência desses povos. Ouso dizer que se essa obra fosse um filme, cenas passadas se conectariam perfeitamente com planos em *flashforward* e cenas atuais teriam sentido com tomadas em *flashback*. Ou seja, as narrativas aqui contidas permitem alternâncias no plano temporal, expondo as continuidades e descontinuidades históricas vividas pelos indígenas frente a doenças.

Os artigos tratam de contextos brasileiros, mexicanos, boliviano e peruano, deixando claro que, no caso das epidemias e outras doenças de longa duração, não é uma maior suscetibilidade e/ou diferença biológica dos indígenas o fator chave para a sua devastação e declínio demográfico, especialmente até a segunda metade do século XX. Segundo as autoras e autores foram (e continuam sendo) as práticas e ações políticas de não indígenas as grandes responsáveis pela produção das desigualdades e vulnerabilidades, propiciando a propagação de doenças que levam a maiores taxas de morbidade e mortalidade desses povos em comparação a outros grupos populacionais.

Os projetos de colonização na América Latina incluíam os deslocamentos forçados dos nativos, o fomento às guerras entre grupos indígenas, a escravização e as doenças (não só a varíola, mas também tuberculose, sarampo, gripe e aquelas provocadas pela falta de comida, entre inúmeras outras), como nos esclarece Elaine Pereira Rocha. Benedito Antonio Genofre Prezias,

explorando o papel da igreja católica nos primeiros séculos da colonização no litoral brasileiro, apresenta um paradoxo: ao mesmo tempo que os aldeamentos religiosos davam certa proteção aos indígenas, evitando a escravização pelos portugueses, deixavam as terras nativas liberadas para a exploração dos invasores e propiciavam as contaminações devido às aglomerações. Também, os missionários tinham interesses em “transformar, bloquear e eliminar a liderança política e espiritual” dos indígenas, vendo vantagens quando havia grupos contagiados, segundo Francisco Noelli. Esse autor, ao analisar os registros sobre as doenças em língua Guarani em dois dicionários, compilados pelo missionário Montoya no século XVI, nos chama a atenção para outro paradoxo: os dicionários serviram à época para o projeto colonial e hoje significam para os Guarani o registro detalhado de como seus antepassados tinham um sistema classificatório elaborado e complexo para as doenças que os devastavam. De modo semelhante, Alexandre Camera Varella expõe como os missionários católicos no México do século XVI manipulavam a linguagem, com um discurso que acusava certos grupos sociais, incluindo lideranças indígenas que se opunham à evangelização, como responsáveis pela decadência indígena, em resposta “à diminuição do rebanho de neófitos”. Por outro lado, também como recurso político, os nativos utilizavam a narrativa da natureza fraca para contrapor a exploração pelos colonizadores. Evocando Todorov (1993), “em si, a linguagem não é um instrumento unívoco: serve igualmente à integração no seio da comunidade e à manipulação de outrem” (p. 118).

No caso das doenças, uma das estratégias era o uso deliberado de material contaminado para transmitir os vírus, como nos conta Elaine Pereira Rocha. Contemporaneamente, sem ignorar formas diretas e indiretas que causam doenças agudas e de longa duração, como o uso dos agrotóxicos e dos produtos químicos no garimpo, que contaminam águas, solos, plantas, humanos e não humanos

nos territórios indígenas¹, me interessa aqui ressaltar outras maneiras de disseminar agentes etiológicos.

Clovis Antonio Brighenti, analisando o surto de malária entre os Avá-Guarani da região da hidrelétrica de Itaipu no início da década de 1980, nos expõe o papel de um grande projeto desenvolvimentista (a construção da Itaipu Binacional), que ao fazer desaparecer o território Guarani e represar a comunidade em uma pequena faixa de terra entre a lagoa de águas paradas e pútridas da barragem e os latifúndios do agronegócio, tornou-a alvo dos mosquitos transmissores da malária. Seus direitos ignorados pelos representantes estatais e pela Itaipu, aprofundando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde, porém, não foi a única consequência sinistra, juntando-se o preconceito e o estigma por parte dos não indígenas da região, que os acusaram de serem os propagadores da doença. O autor alerta que na pandemia, novamente os Avá-Guarani foram culpabilizados como sendo os vetores da Covid-19.

No caso do SARS-CoV-2, vírus da Covid-19, podemos trazer outros exemplos para o contexto brasileiro. O governo federal, sob a presidência de Jair Bolsonaro, editou 3.049 normas relacionadas à pandemia entre janeiro e dezembro de 2020, evidenciando, segundo o “Boletim Direitos na Pandemia”², que o excesso normativo fragmenta

¹ Sobre dispersão de agrotóxicos em terras indígenas, ver por exemplo: <https://apublica.org/2019/08/agrotoxico-foi-usado-como-agente-laranja-em-comunidades-indigenas-diz-procurador/>; <https://tab.uol.com.br/noticias/redacao/2022/02/21/agrotoxico-e-usado-como-arma-quimica-contra-aldeias-indigenas-em-ms.htm>. Sobre o mercúrio em terras indígenas, ver: RAMOS et al. (2020); também sugiro o “Observatório do Mercúrio”, uma plataforma criada em 20 de julho de 2021 e que traz estudos e dados relacionados ao mercúrio e à exploração de ouro, mostrando ainda o garimpo legal e ilegal em terras indígenas da região pan-amazônica (Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/plataforma-sobre-mercurio-e-garimpo-na-regiao-pan-amazonica-foi-lancada-na-ultima-terca>).

² Publicado quinzenalmente até janeiro de 2021 pelo Conectas Direitos Humanos e pelo Centro de Pesquisas e Estudos de Direito Sanitário (CEPEDISA) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Vale mencionar

a regulação sanitária de emergência, restringe a atividade legislativa e propicia a judicialização da saúde. Outro aspecto revelado pela compilação e análise das normas editadas é que não houve a participação cidadã no processo de elaboração dessa legislação federal. Conforme os autores, há “uma estratégia institucional de propagação do vírus, promovida pelo governo brasileiro sob a liderança da Presidência da República” (ASANO et al., 2021, p. 6), somada à ausência da perspectiva de direitos humanos. Para além do normativo, o presidente Jair Bolsonaro tem sido o principal “garoto propaganda” das pautas antivacina, anticiência e antidireitos humanos (direitos de indígenas, de mulheres e de pessoas negras, LGBTIQ+ e que vivem com incapacidades), apregoando o uso de medidas comprovadamente ineficazes contra o coronavírus (como os medicamentos do chamado “kit-Covid” e a imunização de rebanho).

Nas primeiras semanas de março de 2020, o Ministério da Saúde brasileiro lançou o “Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas”, sem a participação indígena e tampouco contendo medidas concretas, cronograma e definição de responsabilidades (ASANO et al., 2021). Já nesse momento, o Supremo Tribunal Federal (STF) ordenou que o executivo estabelecesse um plano emergencial para os indígenas vivendo em terras indígenas e nas cidades, visando enfrentar a pandemia. Também nesse período, uma Portaria da Fundação Nacional do Índio (Funai) permitia que grupos indígenas isolados fossem contatados, medida logo alterada após pressão do Ministério Público Federal (MPF), que alertou para os riscos de expor essas comunidades ao vírus caso o contato fosse realizado por instâncias sem preparação técnica e capacidade legal (ASANO et al., 2021).

que o CEPEDISA/FSP/USP continuou a produzir o Boletim, sendo que o último disponível neste momento foi publicado em janeiro de 2022, informando que entre janeiro de 2020 e agosto de 2021 o governo federal, no âmbito do executivo, editou 4.369 normas relacionadas à pandemia de Covid-19.

Se no Brasil houve boicote da esfera federal às ações de proteção aos povos indígenas e a outros grupos vulneráveis, no México, no Peru e na Bolívia os respectivos governos adotaram planos que se mostraram problemáticos, como apontam autores dessa coletânea. Entre os Amuzgos/*Nn'ancue Ñomndaa*, do estado de Guerrero, México, Ever Sánchez Osorio e Manuel Garza Zepeda revelam que as medidas impostas pelo governo mexicano foram de caráter universalizante (uso de máscaras, restrição de deslocamentos), ignorando o contexto específico desse grupo. Também, a tradução de materiais para as línguas indígenas, com ênfase para os cuidados de higiene, definida nacionalmente como uma estratégia relevante e disponibilizada pela internet, encontrou sérias barreiras e descortinou novas desigualdades: muitos povos não têm acesso (ou o acesso é precário) à internet, ao computador, à televisão. No caso peruano, com base em pesquisa em quatro comunidades Quechuas e camponesas, Cliver Ccahuanihancco Arque nos mostra como um país que tem um sistema de saúde fragmentado não conseguiu garantir os cuidados sanitários aos indígenas. Já Victor Hugo Perales Miranda, analisando os dados oficiais de casos, de recuperados e de mortes por Covid-19 em duas regiões bolivianas, demonstra que as medidas para enfrentar a pandemia (a quarentena total foi a principal) assumiram um caráter repressivo e coercitivo, com um número elevado de pessoas presas em seis meses de 2020, especialmente em zonas onde havia uma clara oposição ao governo de Jeanine Áñez – nessas zonas, a análise provou que não existia uma propagação alarmante de contágios.

Voltando ao Brasil, Caroline Dias Hilgert, Michael Mary Nolan e Viviane Balbuglio, fechando essa obra, abordam um tema pouquíssimo debatido, seja na academia como no judiciário, legislativo e executivo. Indígenas em situação de encarceramento estão invisibilizados por falhas nos sistemas de registro, pela não disponibilização das informações oficiais e pela não transparência. As autoras, obtendo dados por meio da Lei de Acesso à Informação, desvelam um quadro assustador desde 2017, mesmo não tendo conseguido informações completas de todos os estados brasileiros. Demonstram que desde esse período houve aumento importante

de indígenas presos, especialmente nos estados do Mato Grosso do Sul e de Roraima, não à toa aqueles com mais problemas fundiários e de garimpo ilegal nas terras indígenas, respectivamente. Enfatizam o aumento crescente de prisões desde 2020, com dados sobre indígenas presos infectados ou que vieram a óbito pela Covid-19 de somente sete estados. Ou seja, sabemos muito pouco sobre a situação de indígenas privados de liberdade, o que dificulta sobremaneira não só o processo de desencarceramento, mas também o acesso aos serviços de saúde, especialmente quando ocorre um grave problema sanitário.

Esses cenários anunciam a dura luta que seria enfrentada pelos povos indígenas e seus movimentos durante a pandemia. No Brasil, em nível nacional, muitas iniciativas pressionaram os três poderes, valendo mencionar particularmente duas delas.

No dia 1 de julho de 2020, foi protocolado no STF a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n. 709, com pedido de medida liminar, apresentada pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) e seis partidos políticos, requerendo a adoção de uma lista de providências, tendo em vista que as falhas e omissões no combate ao coronavírus entre os povos indígenas configuravam “graves lesões a preceitos fundamentais” da Constituição Federal de 1988 (APIB et al., 2020, p. 2). O ministro do STF Luís Roberto Barroso, responsável pela condução dos trabalhos da ADPF 709, deu à união o prazo de 30 dias para a elaboração de um Plano Geral de Enfrentamento à Covid-19, aplicável sem restrições a todas comunidades indígenas (vivendo em terras indígenas homologadas e não homologadas e em áreas urbanas). O Plano deve contar com a participação do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) e de representantes indígenas, apoiados tecnicamente por um grupo de consultores *ad hoc* da Fundação Oswaldo Cruz e do Grupo Temático Saúde Indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Passados 19 meses, o governo federal não cumpriu todas as exigências da ADPF 709, cujo plano não está totalmente aprovado e, agravando a situação, vem premeditadamente esvaziando medidas aprovadas,

por meio de atos, como alguns originados na Funai (por exemplo, a tentativa de instituir critérios de heteroidentificação³ e a não conclusão da homologação de territórios), justificando assim a interrupção da prestação de serviços a comunidades cujas terras ainda não tenham sua regularização concluída (STF, 2022). Em 14 de fevereiro de 2022, no âmbito da mesma ADPF, o CNDH manifestou-se sobre os cortes feitos pela união no orçamento de 2022 para a política indigenista, a regularização fundiária quilombola e a política de reforma agrária, salientando que “Os cortes recorrentes e em escalas alarmantes reforçam a política de extermínio que vem sendo implementada pelo governo federal em face dos povos e comunidades tradicionais” (CNDH, 2022, p. 3).

A outra iniciativa é a Lei n. 14.021, de 7 de julho de 2020, que tem como públicos alvos os indígenas, quilombolas, pescadores artesanais e povos e comunidades tradicionais. No caso dos territórios indígenas, determina ações de vigilância epidemiológica e sanitária, cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19, entre outras ações. Essa Lei foi construída por membros da Frente Parlamentar Mista em Defesa dos Direitos dos Povos Indígenas, do poder legislativo federal, coordenada pela indígena deputada Joenia Wapichana (FRENTE, 2020). Na aprovação da Lei, houve 22 vetos do presidente da república que atingiam diretamente os povos indígenas, entre eles o acesso à água potável, a distribuição gratuita de material de higiene às comunidades (em qualquer contexto), a elaboração e distribuição de material informativo sobre a Covid-19 (com participação dos indígenas e nas línguas nativas), a oferta emergencial de leitos hospitalares e de unidade de terapia intensiva e a aquisição ou disponibilização de ventiladores e de máquinas de oxigenação sanguínea. Após forte pressão da Frente, do movimento indígena e mobilização civil, 16 vetos foram derrubados pelo Congresso Nacional, incluindo estes citados.

³ Essa resolução foi derrubada, pois violava o art. 231 da Constituição Federal e o art. 1º da Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho.

Em nível local, os indígenas se organizaram adotando medidas de proteção, como controle de entrada e saída de pessoas em seus territórios, campanhas de arrecadação para garantir alimentos e material de higienização e proteção individual, elaboração e distribuição de material educativo nas línguas nativas sobre o coronavírus, a pandemia e a vacinação, entre várias outras ações. Junto às medidas sanitárias e de segurança alimentar, acionaram seus saberes e práticas em saúde, à semelhança do que nos descrevem os dois capítulos sobre os Amuzgos/*Nn'ancue Ñomndaa*, no México, escritos por J. Kenny Acuña Villavicencio e por Ever Sánchez Osorio e Manuel Garza Zepeda. Os Amuzgos, frente a um governo que sempre os ignorou e na pandemia tentou controlá-los, buscaram no cotidiano fortalecer suas comunidades, com apoio mútuo, recuperando os organismos social e biológico. Nos dois textos, os autores enfatizam a centralidade da natureza na vida desse grupo. A pandemia, para os *Nn'ancue Ñomndaa*, é resultado do abuso e exploração intensa do homem sobre a natureza, que faz com que essa última gere uma resposta, que no caso é o vírus SARS-CoV-2. Dessa forma, foi na natureza, revalorizando os conhecimentos tradicionais (o uso de plantas, combinadas ou não com medicamentos; a busca pelos ervateiros, rezadores, parteiras, etc.), que o grupo se colocou na luta contra as relações historicamente construídas de dominação e exploração. Já no Peru, frente a um governo que não garantiu os cuidados sanitários aos Quechuas, o retorno de indígenas às comunidades rurais, pois não havia mais condições de permanecerem nas cidades, significou uma reinvenção das estruturas sociais das sociedades campesinas Quechuas, segundo a análise de Cliver Cchuanihancco Arque.

Nessa coletânea, ficaram evidentes dois argumentos centrais. O primeiro enuncia que os projetos coloniais, fossem dos países colonizadores ou da igreja, articulavam coerentemente suas “plataformas de intervenção social”, nas palavras de Alexandre C. Varella, com explicações sobre a decadência dos povos nativos: esses eram mais débeis fisicamente, tinham maus comportamentos

e por isso recebiam os castigos divinos por meio das pestes. O segundo prova que as formas de resistência dos povos indígenas continuam tensionando os governos na América Latina e expondo as históricas desigualdades dos segmentos vulneráveis (não acesso ou acesso precário a políticas e serviços públicos, incluída a saúde), bem como novas desigualdades (o acesso escasso ou inexistente à internet e aos equipamentos necessários para conexão virtual, por exemplo). Finalmente, os textos aqui reunidos nos convidam a refletir sob olhares antagônicos: de um lado os projetos de exploração, de extermínio e de intervenção, baseados na visão universalizante e hegemônica característica do mundo não indígena, e de outro os povos indígenas buscando lutar a partir de perspectivas coletivas e comunitárias, em que as práticas e saberes nativos são parte das organizações socioculturais próprias e dos territórios onde vivem. Uma ótima leitura!

Florianópolis, 24 de fevereiro de 2022.

Eliana Elisabeth Diehl

Referências

APIB – Articulação dos Povos Indígenas do Brasil; PSB – Partido Socialista Brasileiro; P-SOL – Partido Socialismo e Liberdade; PCdoB – Partido Comunista do Brasil; Rede Sustentabilidade; PT – Partido dos Trabalhadores; PDT – Partido Democrático Trabalhista. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 709**. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=5952986>. Acesso em: 17 Fev. 2022.

ASANO, Camila Lissa; VENTURA, Deisy de Freitas Lima; AITH, Fernando Mussa Abujamra; REIS, Rossana Rocha; RIBEIRO, Tatiane Bomfim (ed.). **Boletim Direitos na Pandemia** – Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19

no Brasil. São Paulo: CEPEDISA/FSP/USP e Conectas Direitos Humanos, n. 10, Jan. 2021. Disponível em: <https://cepedisa.org.br/publicacoes/>. Acesso em: 3 Fev. 2022.

CNDH – Conselho Nacional de Direitos Humanos. **Nota Pública CNDH n. 05**. Brasília: CNDH, 11 de fevereiro de 2022. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=5952986>. Acesso em: 17 Fev. 2022.

FRENTE – Frente Parlamentar Mista em Defesa dos Direitos dos Povos Indígenas. **Guia Prático: Monitoramento da Implementação da Lei do Plano Emergencial de Enfrentamento à Pandemia para Povos Indígenas, Quilombolas e Demais Povos e Comunidades Tradicionais (Lei 14.021/2020)**. Brasília: Congresso Nacional, 2020. Disponível em: http://frenteparlamentarindigena.com.br/wp-content/uploads/2020/11/Pub_PlanoEmergencial_Lei14021-20d-2.pdf. Acesso em: 17 Fev. 2022.

RAMOS, Alan Robson Alexandrino; OLIVEIRA, Keyty Almeida de; RODRIGUES, Francilene dos Santos. Mercúrio nos Garimpos da Terra Indígena Yanomami e Responsabilidades. **Ambiente & Sociedade**, v. 23, p. 1-22, 2020.

STF – Supremo Tribunal Federal. **Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709**. Brasília: STF, 1 de fevereiro de 2022. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=5952986>. Acesso em: 17 Fev. 2022.

TODOROV, Tzvetan. **A conquista da América: a questão do outro**. São Paulo: Martins Fontes, 1993. 263 p.

Apresentação

A obra que ora disponibilizamos *Memórias indígenas da peste: Epidemias e pandemias na América Latina*, se faz necessária e se soma a um conjunto de iniciativas que se debruçam sobre a Pandemia do Século 21 (Covid-19) a fim de deixar registrado o momento presente a partir de olhares e experiências em diferentes contextos vivenciados pelos povos indígenas na América Latina. No presente livro definimos como recorte temático os povos indígenas no continente, suas memórias em relação às doenças que ingressaram com o colonialismo, tanto no passado colonial como no presente, conectando as continuidades e descontinuidades dos processos, suas reelaborações e, em especial, como a peste foi/é enfrentada por esses povos.

A partir de março de 2020 quando a pandemia da Covid-19 limitou inúmeras atividades coletivas no Brasil, dentre elas as aulas presenciais, fomos levados a nos debruçar sobre um mundo pouco conhecido e estudado e, em grande medida negligenciado pelas ciências, qual seja, a peste, que afetou e dizimou incontáveis povos indígenas a partir da invasão ibérica no continente. As diferentes abordagens sobre os efeitos de epidemias e pandemias em populações indígenas, remetiam a um passado distante. Mesmo que diversos extermínios tenham ocorrido no século XX, eram narrativas que remetiam a um passado como algo superado, longínquo, esquecido. Foi necessário estabelecer contatos com as populações indígenas para perceber que o tema não é passado, mas está presente nas memórias dessas populações. A Covid-19 despertou memórias adormecidas e assombrou novamente essas populações, uma ameaça real sendo revivida. Diferentemente das epidemias coloniais, a Covid-19 se manifestou isonômica ao atingir todos os segmentos sociais e torná-los reféns da falta de conhecimento e medicamento para enfrentá-la. Porém, os resultados não foram sentidos igualmente por todos, os povos

indígenas foram, sem dúvida, as populações mais afetadas por conta de uma série de fatores, em especial a impossibilidade de prover os alimentos e a dizimação das pessoas mais idosas, as detentoras do conhecimento.

As políticas públicas para prevenir e combater a Covid-19 entre essas populações não levaram em consideração suas particularidades socioculturais (CIMI, 2021; APIB, 2021), seguiram as orientações gerais da Organização Mundial da Saúde (OMS) aplicadas a todos os segmentos sociais indistintamente. Essas ações resultaram em problemas gravíssimos, fazendo com que algumas populações indígenas tivessem os maiores índices de infectados e mortos comparados a outras populações (HALLAL, 2021). No Brasil, em particular as manifestações negacionistas e a difusão de remédios sem eficácias pelo governo brasileiro, gerou extrema insegurança e foi a grande responsável pelo genocídio dessas populações, denunciado pelo movimento indígena. Também presenciamos o reinventar-se desses povos, como a aplicação de tratamentos próprios com chás e práticas xamanísticas, além de reencontrar-se em espaços de sociabilidade sem as obrigações da escola ou outros afazeres do mundo externo.

Na tentativa de buscar compreender de maneira sistematizada a peste entre povos indígenas, criamos no ano 2020 um projeto de pesquisa o qual intitulamos *As morais da História - epidemias, pandemias e povos indígenas no Brasil*. Um projeto que nasceu da sensibilidade - e como resposta - de um grupo de docentes, acadêmicos e militantes sociais aos efeitos da pandemia do novo Coronavírus/Covid-19 sobre os povos indígenas. Pensamos na temática a partir de sua dimensão histórica, uma vez que as epidemias e pandemias foram levadas pelos invasores dos territórios indígenas, desde a colônia, e não pararam até o final do século XX. Buscamos compreender as outras faces das práticas coloniais e seus efeitos nos povos indígenas. O conceito de "morais da História", na referência de Tzvetan Todorov (1992), nos provoca para olharmos para o passado e descobrir o que ele nos ensina a fim de evitarmos a repetição dos erros ou mesmo aprender com os

próprios erros. Ao mesmo tempo, nos sentimos compelidos a realizar uma reflexão crítica sobre o conhecimento histórico (acadêmico e escolar) existente sobre o tema, com ênfase, nas universidades públicas federais brasileiras. São epidemias geradas pelos processos de violência, esbulho territorial e roubo das riquezas naturais desses povos. A singularidade do contexto indígena no Brasil é um indicador da necessidade de políticas específicas, fato que não tem ocorrido. A partir de fontes históricas, nos debruçamos sobre as relações que se estabeleceram entre as epidemias e os povos indígenas nos diferentes períodos históricos.

No referido projeto contamos com um conjunto de pesquisadores de diferentes Instituições de Ensino Superior (IES) de diferentes áreas do conhecimento como o prof. Dr. Hernán Venegas Marcelo, professor do Programa de Pós-Graduação em História/Unila; a estudante do Programa de Pós-Graduação em História/UNILA, Aline Domingos Correa; a professora Dra. Carina Santos de Almeida, da Licenciatura Intercultural Indígena/UNIFAP; a docente da Unila Dra. Catarina Costa Fernandes do curso de Serviço Social; o antropólogo, prof. Dr. Spensy Kmitta Pimentel da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB); os discentes do Mestrado Interdisciplinar em Estudos Latino-Americanos (IELA/UNILA) Osmarina de Oliveira (também membro do Conselho Indigenista Missionário - Cimi) e Thiago Lopez Turcatti; e os discentes dos cursos de graduação da Unila, Maira Cristina Chena de Almeida (História), Maria Eugênia Ramos Ferreira (História), Tobias Gustavo da Silva Soares (Saúde Coletiva) e o estudante Guarani Alberto Mbaraka Miri Vogado (História); e, a Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Educação pela Universidade Estadual de Maringá (UEM) Sara Concepción Chena Centurion. Diversas atividades foram realizadas, em especial ações de extensão junto às populações indígenas afetadas pelo Covid-19.

Consideramos relevante a publicação dessa obra no sentido de sistematizar as experiências históricas associadas ao contexto contemporâneo. Para sua concretização foram convidados diversos

pesquisadores, indígenas e não indígenas, de diferentes regiões, para que pudéssemos contemplar experiências continentais.

A pandemia da Covid-19 nos alerta para pensarmos os povos indígenas não apenas como vítimas de um processo colonial que dizimou e produziu ocasos demográficos, mas para pensarmos suas práticas e como se mobilizaram diante do cenário desfavorável. Essa perspectiva ajuda a estabelecer relações historiográficas menos assimétricas com esses povos, superando os velhos dilemas de que são povos sem história ou vítimas passivas de um projeto colonial. O enfrentamento da Covid-19 demonstrou que embora foram seriamente afetados, se fizeram ouvir, denunciaram os abusos, lutaram por políticas públicas e acionaram suas práticas socioculturais.

Por seu turno, as epidemias e pandemias estão presentes nas memórias desses povos. As sociedades ocidentais possuem seus museus, arquivos, centros de pesquisas que são acionados por diferentes pesquisadores, em especial pelos historiadores, para fazer menção ao passado, a fim de compreender como contextos semelhantes foram enfrentados pela sociedade da época. Assim, recorreremos aos arquivos do início do século XX para verificar como a sociedade enfrentou a pandemia da Gripe Espanhola e, de certo modo, aprender ou ao menos não repetir os erros cometidos pelos antepassados. Walter Benjamin (1994) observa com muita clareza que a necessidade da lembrança do passado está diretamente relacionada à necessidade que temos de conhecer o presente, nesta dimensão, ao fazermos essa regressão, não estamos preocupados com o passado, mas fundamentalmente com o presente. Pela tendência linear do tempo histórico, o passado já não mobiliza, ele apenas é acionado como alegoria de um tempo dos outros. Os povos indígenas não possuem essa materialidade da história nem o distanciamento abstrato, mas possuem sim memórias e lugares de memória que são ativados nos momentos oportunos, quando as exigências do cotidiano as exigem e necessitam (re)visitar seu passado. Embora Pollak (1992, p. 202) tenha atribuído a lugares da memória, os museus, arquivos e monumentos, para os povos

indígenas a própria pandemia é o lugar da memória. A Covid-19 acionou memórias adormecidas, fez ressurgir medos e assombros de um passado que se mescla com o presente. Não podemos esquecer que o processo colonial ainda está presente e vivo entre os povos indígenas. Se as sociedades ocidentais possuem seus pesquisadores que acionam a história na tentativa de torná-la memória, os povos indígenas possuem seus sábios, seus anciões que fazem uso da memória e transmitem na oralidade. Longe de querer buscar as coincidências entre as sociedades, desejamos apenas demonstrar que diferentemente das sociedades ocidentais, para os povos indígenas as epidemias coloniais não são passado, mas presente, elas continuam vivas e ativas na circularidade da história. Evidentemente que nem todos os povos tiveram experiência com o período colonial, portanto cabe-nos perceber o que é comum a todos os povos e suas singularidades de cada contexto, ao risco de generalizações.

Organizamos a obra em duas partes: a primeira tem como objetivo deixar registrado as continuidades dos processos históricos, como os povos foram afetados e como se moveram ao longo do período colonial e pós colonial; na segunda parte reunimos um conjunto de artigos que revelam as experiências dos povos indígenas com relação a Covid-19. Para além de uma abordagem historiográfica ou etnográfica, a obra quer trazer ao debate a relação que se estabeleceu entre doenças, pestes e curas e, as interpretações dadas pelos povos indígenas a partir de suas experiências históricas. Ficará demonstrado que a peste foi uma das estratégias do invasor, sem ela não seria possível implementar o processo de exploração, escravização e tantas outras formas adotadas pelo sistema colonial para controlar os povos indígenas, usar suas terras, usar seus corpos e impor a evangelização como forma de “salvação” da alma, o que sempre levava a mais mortes.

Curiosamente a historiografia tem negligenciado o tema. Isso se deve em grande medida a visão das ciências sociais que privilegiava a versão dos conquistadores por considerar os indígenas transitórios, e, não menos importante, o arcabouço

jurídico em praticamente todos os países do continente, que não reconhecia a organização sociopolítica desses povos. A partir da segunda metade do século XX esse cenário começou a ser alterado. A partir dos anos 1980 as mudanças nos marcos legais começaram a se fazer presente e os povos indígenas foram conquistando e marcando seus espaços também nas Cartas Magnas dos países Latino-americanos.

O cenário sombrio começou a ser revisto. Novos estudos vêm corroborar com as perspectivas e reivindicações das populações indígenas, de que sejam reconhecidas e condenadas as violências históricas e mais, que os povos sejam reparados. Conforme demonstrou Cunha (1992, p.12), as epidemias são consideradas as principais causadoras da depopulação indígena no continente. A antropóloga observa que “a barreira epidemiológica era, de fato, favorável para os europeus na América e desfavorável para eles na África. Na África foram os europeus que morreram como moscas; aqui eram os índios que morriam.” Aqui, a miríade de doenças do mundo branco - varíola, sarampo, coqueluche, varicela, tifo, difteria, gripe, peste bubônica e malária - causaram “o que Dobyens chamou de um dos maiores cataclismos biológicos do mundo” (CUNHA, 1992, p.13). No entanto, novos estudos, em especial de Jeffrey Ostler (2020) demonstram que a América pré-colonial não era livre de epidemias e que os indígenas tinham sim anticorpos às doenças coloniais, enfatizando que a dizimação pelas epidemias ocorreu pelo conjunto de ações dos colonizadores, como limitar e até impedir o provimento de alimentos através das práticas agrícolas ou da caça e coleta. Com isso os estudos deslocam o tema racial para as práticas colonialistas. É fundamental conhecer esses processos para que não se repitam as violências, são as “morais da história” que nos ensinam como fazer diferente, respeitando os povos.

Em que pese as importantes mudanças ocorridas nas ciências sociais e nas legislações indigenistas nos diferentes países do continente, os povos indígenas foram novamente desconsiderados pelos processos do atendimento à saúde no contexto da Covid-19. Tratados de maneira genérica sem considerar as particularidades e

especificidades socioculturais, os indígenas se viram novamente sendo golpeados pelo processo colonial, que não respeita e não considera as diferenças. Queremos que essa obra possa contribuir com a criação de novas jornadas de relações respeitadas, que possamos superar as mazelas coloniais não pelo esquecimento, mas pelas reparações históricas.

Passamos agora para uma breve apresentação do conjunto de artigos que compõem o livro. Na primeira parte reunimos um conjunto de textos com análise de processos históricos. Iniciamos com o texto de **Elaine Pereira Rocha**, *A colonização dos corpos. A doença como ferramenta de dominação*. Nele a historiadora analisa que com a chegada dos ibéricos as epidemias se transformaram nas principais causas do declínio populacional entre povos indígenas do continente americano. Doenças que já não ameaçam mais as sociedades europeias como a varíola, o sarampo e as gripes, entre os indígenas era fator de dizimação de milhões de pessoas. Não foram apenas pessoas que sucumbiram, mas povos inteiros levados à extinção. As epidemias associadas aos maus tratados do colonizador pela escravidão, desnutrição, deslocamentos forçados, geraram guerras de extermínio. “Este artigo defende que o declínio populacional causados pelas doenças trazidas pelos colonizadores só pode ser entendido se examinado em confluência com esses outros fatores da opressão indígena, ao qual soma-se o racismo e a negligência das autoridades governamentais”.

Na sequência, **Benedito Antonio Genofre Prezia** contribuiu com o texto *Epidemias entre indígenas do litoral do Brasil no século XVI*. O texto de Prezia soma-se à análise de Rocha, com sua riqueza de fontes quinhentistas e seiscentistas, detalha as epidemias que surgiram no Sudeste, na costa Leste e Nordeste do Brasil no século XVI. Traz significativos detalhes do contexto habitacional e sanitário dos povos de língua Tupi que ali viviam e as transformações provocadas pela invasão portuguesa, em especial com a implantação das missões jesuíticas. Analisa como as missões jesuíticas e a colônia francesa no Rio de Janeiro provocaram o surgimento de doenças respiratórias e da varíola, que levaram ao

quase extermínio dos povos indígenas da região. “O texto resgata igualmente o discurso religioso que envolveu tanto missionários como indígenas, mostrando como os primeiros usaram essa abordagem para reforçar o projeto catequético”.

O texto seguinte, *As palavras para tempos de peste: a linguagem Guarani das doenças epidêmicas no século XVII* escrito por **Francisco Silva Noelli** é uma obra resultado de uma ampla pesquisa histórica, arqueológica e linguística. Noelli analisa o registro linguístico sobre doenças infectocontagiosas nas línguas Guarani no começo do século XVII. Segundo o autor, “este capítulo reúne 854 palavras e frases levantadas nos dicionários de Antonio Ruiz de Montoya, publicados nos anos 1639 e 1640”. Uma obra de relevante interesse para a medicina, a saúde pública, e é “fonte para a linguística histórico-comparativa e para a história da medicina Guarani praticada milenarmente por *kuña paje* e *pajes*, mulheres e homens sábios na arte de curar”.

O texto seguinte de **Alexandre C. Varella**, intitulado *Os culpados pelas pestes e mortandades. Discurso e problema dos missionários na crise demográfica do México indígena no século XVI*, traz importante análise sobre as visões do mundo europeu e indígena sobre doenças e mortes. De acordo com o autor, a noção europeia de pestilência foi usada para explicar as epidemias na América colonial, mas havia escolhas e articulações das causas sobrenaturais e naturais, bem como a imputação de responsabilidades. Os missionários das ordens mendicantes acusaram como motivos de peste e mortandade, a violência e opressão dos invasores e os recrutamentos dos indígenas considerados fracos e debilitados para a faina nas minas, lavouras e fábricas. Esse discurso tem sido utilizado às vezes acriticamente para acessar a condição e o cotidiano dos indígenas e para condenar a colonização ibérica.” Essa prática dos religiosos incrimina indistintamente os colonos – sejam empresários das minas ou as classes menos abastadas – da mortandade de indígenas. Ainda segundo o autor, “os clérigos também se viram inculcados pela servidão dos índios na construção e manutenção dos conventos e outros serviços. E

raramente observaram o mal do contágio nos pueblos e aldeamentos. De toda forma, o protesto dos monges retrata a forte relação que há entre a conquista dos germes e os regimes políticos e estruturas sociais”.

Como último capítulo da primeira parte, trazemos a contribuição de **Clovis Antonio Brighenti** com o artigo *A incidência da malária entre os Avá-Guarani Paranaenses como manifestação do neocolonialismo*. A partir da análise de documentos do tempo presente, o autor analisa um conjunto de documentos que informam sobre um surto de malária que atingiu a comunidade Avá-Guarani no Oeste do estado do Paraná, fronteira com o Paraguai, na década de 1980 se estendendo até a década seguinte. Demonstra que a região não era endêmica de malária e, portanto, tratava-se de uma doença desconhecida pelos Guarani que tiveram muita dificuldade de tratá-la e incorporá-la no seu discurso de mundo. A malária foi resultado da construção da represa de Itaipu Binacional, que além de destruir o habitat dos Avá-Guarani também levou doenças. A partir do conceito de colonialismo o autor busca compreender que esse acontecimento “não está isolado tampouco é parte de um fatalismo, mas resultado do processo de colonialidade ao qual optamos em empregar o conceito de neocolonialismo por perceber que para o pensamento indígena, é a continuidade de um *modus operandi* que se faz presente no território continental desde final do século XV”.

A segunda parte do livro está dedicada a análises do caso da atual pandemia de Coronavírus. Abre o capítulo o pesquisador boliviano **Víctor Hugo Perales Miranda** com o artigo *Biopolítica de la cuarentena en La Paz y El Alto – Bolivia*. Embora o artigo não seja exclusivo sobre povos indígenas, traz uma análise importante de um país cuja população indígena ultrapassa os 60% das pessoas. Uma instigante análise das medidas que o autor denominou de biopolíticas, com destaque para aquelas realizadas pela polícia e pelas forças armadas, na cidade de El Alto durante a pandemia. “O trabalho tem uma abordagem sócio-crítica, são utilizadas principalmente técnicas de pesquisa quantitativa, sendo a etapa

inicial a coleta de bases de dados oficiais para posteriormente analisar os dados supracitados a partir da aplicação de um teste estatístico não paramétrico; assim como de forma complementar, são aplicadas técnicas de interpretação a documentos, fotografias e narrativas relacionadas à repressão policial e militar de cidadãos no contexto da primeira onda da pandemia nas cidades de La Paz e El Alto”. O autor concluiu que a violência empregada não estava em sintonia com os números de ocorrência de casos de contágio por Covid-19, mas obedecia a outros propósitos.

O artigo seguinte denominado *Coronavirus Unquymanta: entre la reinvencción y desestructuración campesina en el Perú (un análisis de las comunidades quechua post covid-19)* do pesquisador **Cliver Ccahuanihancco Arche** é uma importante análise da interpretação da Covid-19 pelos povos indígenas no Peru. Para o pesquisador a Covid-19 está associada à natureza cíclica da história. Seu intuito é “analisar o binômio reinventamento e fenômeno não estrutural que afeta as dimensões culturais das comunidades camponesas quíchuas do Peru, para o qual o método etnográfico e a técnica de observação direta são usados no processo de coleta de informações”. A partir do estudo é possível identificar os processos positivos e negativos que afetam as dimensões estruturais das comunidades quíchuas no Peru.

Na sequência temos a contribuição de pesquisadores mexicanos. O artigo, *Las morales de resistencia indígena en Xochistlahuaca, México*, de autoria do pesquisador **J. Kenny Acuña Villavicencio**, observa que as comunidades indígenas no México são o extrato da população mais afetadas pela pandemia do Coronavírus, principalmente aquelas que se encontram em situação de marginalidade, abandono e esquecimento. Faz uma análise do povo Ñomndaa ou Amuzgo do estado de Guerrero, México, que, apesar de evidenciar a violência estrutural, com ausência total de políticas públicas reinventaram suas comunidades e fortaleceram sua identidade com a natureza, por considerá-la algo inerente à sua vida e ao seu cotidiano. Para o pesquisador, a crise da saúde é o resultado de um processo de transformação e valorização dos

sistemas ecológicos que acelera a propagação de doenças entre humanos e animais, mas também que reaviva crenças, memórias e costumes comuns. “Dito isso, o objetivo deste trabalho é tornar visível a moral da história da *nn’an ncue ñomndaa* e a luta diária que realizam para impedir as tentativas de reapropriação capitalista do mundo e do fazer humano, desta vez, sob uma nova ordem social ou um novo normal”.

Também do México temos o artigo *Los Nn’a’ncue Ñomndaa: la pandemia por COVID-19 y las virtudes de lo cotidiano*, dos pesquisadores **Ever Sánchez Osorio** e **Manuel Garza Zepeda**. A partir de uma pesquisa com indígenas Amuzgo do estado de Guerrero, no México, auto identificados como *Nn’anncue Ñomndaa*, os pesquisadores observaram que a pandemia da Covid-19 apenas os lançou em uma nova luta. As ações do Estado foram inócuas no combate à pandemia por não atuar nas particularidades culturais dos povos, ficando sujeitos a aquelas medidas ditas universais. No presente trabalho os autores demonstraram “que a atuação dos *Nn’anncue Ñomndaa* diante da pandemia é mais uma expressão da luta que lhes permitiu sobreviver: a luta contra as relações de dominação e exploração”.

Para fechar a obra contamos com o texto das advogadas indigenistas **Caroline Dias Hilgert**, **Michael Mary Nolan** e **Viviane Balbuglio** sobre *as prisões de pessoas indígenas no Brasil em meio à pandemia e a urgência da ampliação de medidas pelo desencarceramento*. É um estudo instigante sobre o impacto da pandemia da Covid-19 para as pessoas indígenas em privação de liberdade no Brasil. A partir de estudos e publicações de organizações indigenistas, religiosas e dados disponibilizados pelo sistema carcerário de alguns estados ficou demonstrado que o encarceramento de pessoas indígenas no Brasil durante o ano de 2020 e o primeiro semestre de 2021, aumentou e não foi observada a legislação referente ao tema. As autoras sintetizaram ao menos “cinco componentes graves do cenário geral da criminalização e conclui-se pela necessidade da ampliação de medidas pelo desencarceramento para pessoas indígenas no Brasil”.

Uma boa leitura a todas as pessoas.

Clovis Antonio Brighenti

Referências

APIB. Denúncia dos povos indígenas do Brasil contra Bolsonaro por crime de genocídio repercute em mais de 20 países. 10/ago/2021. Disponível em: <https://apiboficial.org/2021/08/10/denuncia-dos-povos-indigenas-do-brasil-contr-bolsonaro-por-crime-de-genocidio-repercute-em-mais-de-20-paises/> acesso em 26 de janeiro de 2022.

BENJAMIN, Walter. O Narrador. In: **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura.** São Paulo: Brasiliense, 1994.

CIMI. RELATÓRIO - Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil – Dados de 2020. Brasília/DF, 2021. Disponível em: <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2021/11/relatorio-violencia-povos-indigenas-2020-cimi.pdf> . Acesso em 26 de janeiro de 2022.

CUNHA, M. C. da. (Org.) **História dos Índios no Brasil.** São Paulo: Cia da Letra e Secretaria. Municipal da cultura, Fapespe, 1992.

HALLAL, Pedro. **Entrevista.** 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/cpi-da-covid/noticia/2021/06/24/cpi-pesquisador-diz-que-saude-censurou-slide-que-comparava-casos-de-covid-por-cada-etnia.ghtml>. Acesso em: 20-10-2021.

OSTLER, Jeffrey. Disease has never been just disease for Native Americans. Artigo publicado em 29 de abril de 2020. **The Atlantic** Revista online. Disponível em: <https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2020/04/disease-has-never-been-just-disease-native-americans/610852/> Acesso em 7 de outubro, 2021.

TODOROV, Tzvetan. **As morais da História.** Lisboa: Editora Europa-América, 1992.

PARTE I
As pestes na perspectiva histórica

A colonização dos corpos. A doença como ferramenta de dominação

Elaine Pereira Rocha

Resumo

Epidemias têm sido a causa do declínio populacional entre povos indígenas do continente americano desde os primeiros contatos com os invasores europeus. Doenças como a varíola, o sarampo e as gripes, dizimaram milhões de pessoas no decorrer dos séculos, levando à extinção de grupos étnicos inteiros. Porém o efeito devastador das infecções foi ampliado por outras circunstâncias impostas pelo colonizador como o mal tratamento dos índios submetidos à escravidão, o deslocamento populacional, a desnutrição e as guerras de extermínio. Este artigo defende que o declínio populacional causados pelas doenças trazidas pelos colonizadores só pode ser entendido se examinado em confluência com esses outros fatores da opressão indígena, ao qual soma-se o racismo e a negligência das autoridades governamentais.

Palavras-chaves: Sarampo; Sífilis; Varíola; Epidemia; Colonização.

Abstract

Epidemics have been the cause of population decline among indigenous peoples on the American continent since the first contacts with European invaders. Diseases such as smallpox, measles and influenza have decimated millions of people over the centuries, leading to the extinction of entire ethnic groups. However, the devastating effect of the infections was amplified by other circumstances imposed by the colonizer, such as the mistreatment of Indians subjected to slavery, population displacement, malnutrition and wars of extermination. This article argues that the population decline caused by the diseases brought by colonizers can only be understood if examined in confluence with other factors of indigenous oppression, and in addition to practices of racism and the negligence of authorities.

Keywords: Measles; Syphilis; Smallpox; Epidemic; Colonization.

Introdução

Tradicionalmente, livros didáticos de história das Américas e do Brasil referem-se aos efeitos devastadores do encontro entre europeus e índios nos capítulos iniciais, sempre se referindo ao fato de que os indígenas não tinham anticorpos contra os germes trazidos pelos europeus e em consequência foram basicamente exterminados nos primeiros anos de contato. Alguns desses livros, referindo-se ao arquipélago caribenho, local de primeiros contatos, falam em extermínio da população indígena. Esses mesmos livros falam sobre a inadequação dos índios ao trabalho intensivo requerido pelos colonizadores, e sua substituição por trabalhadores africanos, trazidos para o continente como escravos. Essa versão simplificada ignora, em primeiro lugar o fato de que milhões de indígenas sobreviveram e que o genocídio dos povos nativos das Américas tem atravessado séculos e ainda não acabou. Ignora a escravização de índios, mesmo muito depois de leis assinadas abolindo o trabalho escravo, e a resistência de povos e nações, que continuam a desafiar o prognóstico anunciado de sua inevitável extinção.

Ao saber que uma epidemia de varíola havia afetado ferozmente a população indígena da nação Pequot, que vivia no litoral de Massachusetts no início do século XVII, o rei James, da Inglaterra, declarou aliviado que tal milagre deveria ser atribuído à grande bondade Divina, que cuidou e eliminou os inimigos dos cristãos (DUNBAR-ORTIZ, 2014). No decorrer dos séculos, outros grupos de cristãos, em várias partes do continente americano declararam que o desaparecimento dos índios era parte da vontade de Deus, muitos outros anunciaram que isso era uma consequência natural no progresso da humanidade: a eliminação dos mais fracos.

Não se propõe aqui, negar a existência e o impacto das epidemias que se ocorreram frequentemente e muitas vezes concomitantemente desde 1492, como causa de milhões de mortes e mesmo do extermínio de aldeamentos e mesmo grupos étnicos. O historiador Luiz Felipe Alencastro refere-se aos surtos

epidêmicos que têm início com a conquista das Américas como parte da “unificação microbiana do mundo”, relacionando-a à expansão marítima e colonial dos Europeus pelos outros continentes, e o modo como tais viagens levaram consigo os germes da contaminação por doenças (ALENCASTRO, 2000). Alencastro segue a mesma linha de análise apresentada por Alfred Crosby Jr, em 1969, que incluiu as epidemias como parte do “intercâmbio colombiano” (CROSBY Jr., 2003).

As evidências históricas e arqueológicas comprovam que o contato entre índios e europeus foi marcado pela destruição e morte e que epidemias devastadoras dizimaram aldeias e tribos. Mas a morte não foi apenas o resultado de contatos de micro-organismos, e sim o resultado de vários fatores igualmente destrutivo, como a violência das guerras de extermínio e de expedições de caça e aprisionamento de escravos, seguida pela física dos castigos, torturas e outras privações, como a escassez de alimentos, a remoção de populações, a falta de abrigo e o trabalho exaustivo e ilimitado ao qual homens e mulheres foram submetidos.

Este artigo reflete nos efeitos das epidemias entre os povos indígenas ao longo de mais de 500 anos de contato, e seu uso como arma de extermínio pelos colonizadores europeus e, posteriormente, nacionais. O objetivo é demonstrar como as nações indígenas têm sido vítimas de projetos de extermínio, aos quais continuam a resistir. E como a negligência do Estado nacional em providenciar assistência à saúde e nutrição desses povos, que inclui o respeito por suas culturas e meio ambiente, têm contribuído para ampliar os efeitos do contágio de doenças facilmente controladas, dados os avanços da medicina.

Contato e Extermínio

As populações autóctones das Américas, como qualquer outra, tinham que lidar com doenças, vírus e parasitas estando sujeitas a surtos epidêmicos. Arqueólogas examinaram esqueletos Mayas da era pré-colonial, encontrando evidências de doenças

como a febre amarela e chagas. Encontraram ainda evidências de que declínios na saúde foram causados por rupturas como secas prolongadas, mudança de território e incorporação de novos alimentos à dieta (WRIGHT; WHITE, 1996). Esses achados, entre outros, provam que as sociedades estão constantemente expostas a ataques biológicos, aos quais eventualmente encontram formas de resistir e sobreviver. Porém, no contexto da invasão europeia e no subsequente processo de colonização dos territórios – que ainda não terminou – outros fatores se somaram à exposição a microrganismos causadores de doenças infectocontagiosas, e de forma tão rápida e devastadora, que não foi possível adquirir imunidade em tempo de evitar o declínio populacional.

O longo documento escrito por Bartolomeu de Las Casas em 1552, denunciando as atrocidades que os espanhóis cometiam contra os índios em Cuba, Espanhola, Guadalupe, e outras ilhas do Caribe, além de Nicarágua e Panamá, oferece uma visão detalhada da violência do processo colonizador em seus primeiros anos. Nele, o Frei descreve a escravidão em seu aspecto mais cruel: a demanda de trabalho intensivo e exaustivo, sem horas de descanso e com insuficiente alimentação, crianças arrancadas dos seios das mães e assassinadas para que não atrapalhassem as mulheres no trabalho, a violência sexual, as torturas de homens e mulheres (LAS CASAS, 1991) mas, não fala nas epidemias, provavelmente por considerá-las eventos naturais, sob os quais os homens não tinham controle, e porque tinha como objetivo fazer com que os reis católicos impusessem uma ordem que parasse com aquela devastação. O documento descreve claramente o que estava acontecendo naqueles primeiros anos da presença espanhola nas Américas. A seguir um trecho de suas denúncias sobre o que estava acontecendo na ilha de Espanhola (Santo Domingo):

Y la cura, o cuydado que dellos tuvieron, fue embiar los hombres a las minas a sacar oro que es trabajo intolerable, e las mugeres (sic)ponían en las estancias, que son granjas a cavar labranças y cultivar la tierra, trabajo para hombres muy fuertes y rezios. No

davam a los unos ni a las otras de comer, sino yervas y cosas que no tenían sustância, secándoles le leche de las tetas a las mugeres paridas, y así murieron en breve todas las criaturas. Y por estar los marido apartados que nunca vian a las mugeres (sic), cessó entre ellos la generación, murieron ellos en las minas de trabajo y hambre, y ellas en las estancias, o granjas de lo mismo e assí acabaron tantas e tales multiúddines de gentes de aquella islã, e assí pudiera aver acabado todas las del mundo (LAS CASAS, 1991, p. 15).

Lado a lado com a violência, as doenças viajavam com os europeus e com os índios que fugiam da violência dos colonizadores, chegando a regiões longínquas. Em 1519, uma epidemia de varíola devastou a ilha de Espanhola, e viajou com Hernán de Cortez e sua tripulação, quando esses saíram da ilha para o continente. A epidemia chegou antes do conquistador ao Império Asteca, e debilitou a resistência dos guerreiros durante os ataques de Cortez e matou o herdeiro de Montezuma, afetando a liderança militar do império (SANCHEZ-ALBORROZ, 1985).

Em 1521, uma misteriosa doença surgiu entre os índios Azteca, caracterizada por alta febre e hemorragia, os índios a chamaram de Cocoliztli, uma epidemia devastadora que causou a morte de milhares de pessoas no México, e à qual muitos historiadores incluem entre as causas derrota dos Astecas (HERZOG, 2020).

Uma das primeiras epidemias de varíola que ocorreu no México durante a conquista foi descrita pelo Fray Bernardino de Sahagún, que chegou a Nueva España em 1529:

Antes que los españoles que están en Tlaxcala, viniesen a conquistar a México dio una grande pestilencia de viruelas a todos los indios, en el mes que llamaban tepeilhuitl, que es al fin de Septiembre. Desta pestilencia murieron muchos indios; tenían todo el cuerpo y toda la cara y todos los miembros tan llenos y lastimados y después que de viruelas que no se podían bullir ni menear de un lugar, ni volver de un lado a otro, y si alguno los meneaba daban voces. Esta pestilencia mata gentes sin número. Muchas murieron de hambre porque no había quien pudiese hacer comidas; los que escaparon de esta pea

pestilencia quedaron con las caras ahoyadas y algunos ojos quebrados. Duro la fuerza desta pestilencia sesenta días, y después fue aflojando en México, fue hacia Chalco (Apud: FRANCO-PAREDES; LAMMOGLIA; SANTOS-PRECIADO, 2004, p.322).

A varíola viajou com os espanhóis e os índios pela América Central, passando pelo Panamá e chegando ao Equador e Peru. Em 1524, o Inca Huayna Capac morreu da doença, durante a epidemia que atingiu o Império Inca, também morreram o irmão e o filho mais velho de Huayna Capac, causando uma guerra entre os outros dois filhos pela sucessão ao trono. Francisco Pizarro valeu-se dessa divisão, e da fragilidade dos exércitos, também atingidos pela doença, para levar a cabo uma das mais sangrentas conquistas da história da humanidade. A historiadora Suzanne Austin Alchon aponta para opiniões divergentes sobre a epidemia que assolou o Império Inca naquele período, alguns autores afirmam que foi uma epidemia de sarampo, enquanto que outros falam de uma combinação de sarampo e varíola (ALCHON, 1991).

O ciclo de destruição incluía também o deslocamento de população, o que em si causava grande transtorno físico, as agruras dos deslocamentos de prisioneiros, que eram parte das expedições militares, e o movimento de populações escravizadas, muitas vezes a longas distâncias, como entre as ilhas e a América Central, a América Central e a América do Sul, ou entre planícies, altiplanos e montanhas, demandava caminhadas de centenas de quilômetros, pouca comida e exposição às intempéries também enfraqueciam os organismos das pessoas, facilitando as infecções. Quando os conquistadores alcançaram a costa do Pacífico, na América Central, populações indígenas da Nicarágua foram submetidas a um regime intenso de trabalho escravo, na retirada de madeira. As próprias expedições militares, que incluía armamento pesado, como canhões, munições, armaduras e outras parafernalias da artilharia, além de mantimentos, animais, exigiam escravos. Os índios eram empregados desde a construção de embarcações, no carregamento de carga, abertura de caminhos nas florestas, e

outros trabalhos. Sánchez-Alborroz fala em quase 450 mil escravos capturados na Nicarágua e levados para o Peru em navios espanhóis. Índios capturados em Honduras e na região mexicana de Yucatán foram vendidos como escravos em Cuba, quando a mão de obra local declinou devido à violência e às doenças (SÁNCHEZ-ALBORROZ, 1985).

Ao fundar a cidade de Quito, os homens de Pizarro estabeleceram ali um centro de operações, de onde partiram expedições exploradoras em busca de ouro e prata. Alchon afirma que após receber notícias das milícias exploradoras, campanhas militares, nas quais índios eram compulsoriamente engajados, partiam para dominar outros sítios. Segundo ela, entre 1534 e 1580, pelo menos 29 expedições partiram de Quito, incluindo uma com aproximadamente 50.000 índios e índias. Poucos retornaram, muitos morreram nos campos de batalha, e muitos mais morreram de inanição e vitimados por doenças. Houve ainda os que foram vendidos como escravos em outras regiões (ALCHON, 1991).

No Brasil, o tratamento de escravos indígenas também era cruel, e populações inteiras eram removidas para servir às demandas coloniais. De maneira menos pungente que Las Casas, o Padre Manuel da Nóbrega escreveu a Tomé de Souza, em 1559, denunciando as tiranias dos colonizadores contra os índios: roubam-lhes as roças, as mulheres e os filhos. A destruição trazia a fome e a vulnerabilidade física (DANTAS; SAMPAIO; CARVALHO, 1998). O próprio padre Manuel da Nóbrega contribuiu para o declínio das vidas dos índios, fosse por aconselhar a guerra contra os índios considerados bárbaros, fosse como veículo de contágio. Em 1549, o padre chegou à capitania de São Vicente sofrendo de tuberculose. A doença se espalhou pelos índios aldeados pelos jesuítas, estimando-se que em 1555 um em cada 150 habitantes da vila estavam sofrendo de tuberculose (MARCILIO, 2020).

O crescimento populacional do aldeamento de São Paulo deveu-se mais à constante incorporação de escravos indígenas, do que à reprodução biológica. As guerras eram frequentes, assim

como os ataques indígenas à missão jesuíta, houve episódios em que o mesmo grupo indígena se dividiu entre aliados e inimigos dos conquistadores, numa guerra fratricida que resultou em muitas mortes dos dois lados. Como em outros casos, às guerras e cativéis somavam-se doenças que iam desde a anemia, disenteria, tosses, febres, à infecções mais perigosas como a tuberculose, o sarampo e a varíola, dado confirmado nos estudos de John Manuel Monteiro.

Às vezes assolando diversas capitanias de uma só vez, as epidemias mortais tornaram-se mais frequentes na segunda metade do século. Em 1559, por exemplo, um jesuíta relatou o surto de uma doença que fazia vítimas em massa ao longo do litoral e do interior, do Rio de Janeiro ao Espírito Santo. Surtos consideráveis de sarampo e varíola irromperam em São Vicente durante a guerra de 1560-3, dizimando e desmoralizando a população nativa (MONTEIRO, 1994, p. 39).

O sistema de escambo, no qual colonos trocavam bugigangas, armas, bebidas alcoólicas e ferramentas por escravos indígenas, não funcionou conforme a expectativa dos europeus. Tanto os cativos empregados no corte e carregamento de madeira se rebelavam, como os chefes indígenas muitas vezes se recusavam a fazer a troca. Ainda assim, a entrada de instrumentos estrangeiros e de bebidas nos territórios indígenas criou rupturas internas nas sociedades e desfez alianças intertribais que existiam na época da chegada do colonizador. Mais eficaz foi a estratégia de fomentar guerras entre grupos, com o objetivo de conduzir os prisioneiros de guerra ao cativél. Ainda que vista superficialmente essa relação pareça ser totalmente dependente de ações individuais, é preciso enfatizar a colonização das terras brasileiras como um empreendimento financeiro que incluía investidores portugueses e de outras nações europeias. Em referência à capitania de São Vicente, Monteiro esclarece:

O desenvolvimento das empresas coloniais no litoral, sobretudo a partir da década de 1540, havia começado a aumentar a demanda

pela mão-de-obra indígena e pelo abastecimento de gêneros de primeira necessidade. Embora algumas unidades maiores, como a da família Schetz de Antuérpia⁴, houvesse chegado a importar escravos da África Ocidental, a maioria buscou sua força de trabalho entre a população indígena. Em 1548, segundo um relato da época, a capitania já dispunha de seis engenhos de moer cana e uma população escrava superior a 3 mil cativos (MONTEIRO, 1994, p. 30).

Considerando-se a dimensão do comércio de escravos indígenas, entre as expedições bandeirantes, que reunia índios cativos e aliados, percorrendo centenas de léguas pelos sertões, participando em escambo e em guerras, e reunindo indígenas de diversos grupos, não é difícil concluir que as doenças, má nutrição e a violência caminhava com tais expedições, e que mesmo grupos e indivíduos, que por ventura tenham escapado ao flagelo da guerra e do cativo, tivessem, de alguma forma sofrido o impacto da presença desses predadores. A captura, o tráfico e o comércio de escravos indígenas se estendeu pelo século XVII com grande intensidade, ainda que proibido pela coroa portuguesa. Ao tráfico terrestre, que partia de São Paulo para o interior, somava-se o tráfico marítimo pelo litoral. Mercenários, donos de engenho e religiosos participaram de cada etapa do comércio. Examinando inventários de São Paulo e Parnaíba entre 1600 e 1729, Monteiro (1994) localizou 28.537 indígenas contabilizados entre os bens de 1.174 proprietários. Uma quantia impressionante, mas que não dá conta da intensidade da escravidão indígena, considerando o alto índice de mortes entre os cativos e mesmo das mortes nas guerras para captura. A isso soma-se o fato de que a pesquisa do autor nos

⁴ Erasmus Schetz II, era um nobre e mercador da Antuérpia, era o proprietário do Engenho dos Erasmos, em São Vicente. O engenho, que funcionou até fins do século XVIII e do qual ainda restam as ruínas, é considerado patrimônio histórico. A existência desse e de outros engenhos pertencentes ao capital privado estrangeiro comprova o caráter capitalista e globalizado da colonização das Américas.

inventários cobriu apenas dois centros populacionais, enquanto se sabe que tal prática se repetia por todo o país.

Para Marcílio (1985), as populações localizadas na região costeira foram as primeiras a enfrentar a devastação desse contato que dizimou tribos inteiras em guerras de extermínio e ataques de caçadores de escravos. Porém, a contaminação por doenças como a varíola, sarampo, sífilis, tuberculose, por exemplo, competia para tal destruição, sendo um significativo fator no declínio populacional da região. Entre 1562 e 1565 uma epidemia de varíola atingiu a costa da Bahia, matando aproximadamente 30 mil índios naquela região, a epidemia se espalhou pela costa, chegando até o Paraguai. Novos surtos apareceram no Nordeste em 1570 e 1597, de forma que estima-se que mais de 800 mil pessoas morreram. Marcílio, como outros historiadores, indica que quando não matava imediatamente, a doença afetava as populações que ficavam impossibilitadas de produzir alimentos, a fome era uma consequência natural da epidemia e contribuía para fragilizar os corpos em novos encontros com vírus. Isso, somando à violência dos ataques armados e a extrema exploração do trabalho indígena, criaram um ciclo de destruição e morte (MARCILIO, 1985).

As doenças representaram sempre o primeiro fator da diminuição das populações indígenas. A história das nossas relações com os índios é, em grande parte, uma crônica de chacinas e sobretudo de epidemias. Cada grupo indígena que se aproximou de núcleos europeus e de seus descendentes, nestes quatro séculos, teve de pagar alto tributo em vidas às doenças que a civilização trouxe. É conhecido o caso das missões jesuíticas na Bahia, que em poucos anos viram reduzidos os catecúmenos de quarenta mil para dois mil índios, em virtude de diversos fatores, mas sobretudo das epidemias de varíola. (RIBEIRO, 1977, 187).

Muitas foram as doenças que os europeus veicularam. Variações de uma doença contagiosa caracterizada por febre, pústulas e morte, podem ter incluído catapora, varíola, e mesmo outras, tão semelhantes como o sarampo, sarampão, escarlatina, e

rubéola. Colonialistas muitas vezes referiram-se a essas epidemias de forma genérica, como bexigas (ALENCASTRO, 2000). A historiografia colonial das Américas também relaciona doenças pulmonares, que atingiam os índios, chamadas por vários nomes, incluindo gripes, pleurisia, catarrões, tosses, tuberculose, tísica e influenza. Doenças do trato intestinal incluíram a cólera, diarreias e disenterias, associadas a febres e vômitos também fazem parte da longa lista de moléstias encontradas nos escritos oficiais e testemunhos da colonização. Os sintomas indicam que mais de uma doença poderia afligir os sujeitos ao mesmo tempo. A confluência de várias doenças durante o primeiro século de colonização, que contribuíram para o declínio demográfico na costa do Brasil, está relatada nas cartas dos jesuítas, que reportavam as atividades de suas missões. Entre essas, a correspondência do Padre Leonardo do Vale, que atuava na Bahia relata por volta de 1560:

Não se lhes pode, Caríssimos, pintar o trabalho que seus Padres padeciam naquelas três Aldeias que a peste tinha ocupadas... porque além do fedor que a doença podia causar em doentes tão desamparados, havia muitas mulheres prenhes que tanto que lhes dava o mal as debilitava de maneira que botavam a criança ficando-lhes as párias de que procedia o fedor insofrível até que morriam; e destas prenhes quase nenhuma escapava por toda a terra nem menos as crianças... porque nem parteiras havia que as levantassem, nem mães tinham espírito para isto, e muitas pariam na rua e outras no monturo. Finalmente chegou a coisa a tanto que já não havia quem fizesse covas e alguns se enterravam pelos monturos e a redor das casas, e tão mal enterrados, que os tiravam os porcos, e se os padres não puseram nisto cobro, foram ajudas à peste mais se acender (PALACIN, 1972, p. 55).⁵

Ao descrever os efeitos da varíola entre os indígenas dos Estados Unidos e Canadá, Fenn (2000) oferece indícios para se

⁵ Carta do Padre Leonardo do Vale, citada por Luiz Palacin como parte dos documentos recuperados no Arquivo Romano da Sociedade Jesuíta (*Archivum Romanum Societatis Iesu*).

entender o que o Padre Leonardo do Vale narra sobre as mulheres grávidas. Em seu artigo, a historiadora explica que o ciclo da doença leva aproximadamente 12 dias; inicialmente o doente sente os mesmos sintomas de uma gripe: febre, dores musculares e dor de cabeça, o quadro evolui para vômitos e ao final aparecem as pústulas. Mas havia casos em que as erupções eram subcutâneas, o que indica uma forma mais grave da doença, que ocorria principalmente em mulheres grávidas. Contaminadas durante a gravidez, essas mulheres em geral morriam, muitas vezes havia o parto prematuro e a morte do bebê, seguida pela morte da mãe (FENN, 2000).

Epidemias de sarampo mataram milhares entre 1529 e 1531 no Caribe, México e América Central. Em 1545 foi a vez do tifo, no México, Nova Granada e Peru. Em 1558, uma epidemia de influenza que assolava a Europa cruzou o Atlântico trazendo a morte por onde os colonizadores passaram (SÁNCHEZ-ALBORROZ, 1985). No México, a doença que ficou reconhecida por muitos *cocoliztli*, e que causou grande destruição em 1521, surgiu novamente em 1545 e de maneira aterradora em 1576. A doença atingiu principalmente a população indígena e era caracterizada por febre alta, dor de cabeça e sangramento do nariz, orelhas e boca, acompanhada de icterícia, severa dor abdominal e torácica, bem como manifestações neurológicas agudas. A morte chegava em três ou quatro dias para os contaminados. Estimativas indicam que em 1576, a febre hemorrágica matou 45% da população do Império Asteca. Ressurgiu ainda várias vezes durante o século XVI e XVII, e depois em 1736 e em 1813, atingindo sempre com maior força a população indígena (ACUNA-SOTO; ROMERO; MAGUIRE, 2000).

Assim como a desnutrição, causada pelos mecanismos de colonização, enfraquecia o sistema imunológico dos índios, a introdução de animais domésticos como os porcos e o gado bovino trouxe consigo infestações por parasitas que se transferiam dos animais para os corpos indígenas e causavam a morte ou comprometiam a capacidade do sistema imunológico em lutar contra as doenças. (ALENCASTRO, 2000). Adicionalmente, o gado

introduzido pelos espanhóis no México, por exemplo, era criado solto, e frequentemente invadia as roças de milho dos indígenas, causando prejuízo nas colheitas e conseqüentemente reduzindo a quantidade de comida para esses grupos (SÁNCHEZ-ALBORROZ, 1985).

Naturalmente, o contato prolongado com os colonizadores, que ainda no século XVI se estendeu aos africanos escravizados, desenvolveu sistemas de defesa nos corpos dos povos indígenas, conforme o grau de proximidade em que viviam dos centros coloniais. Contudo, isso não eliminou completamente a incidência de epidemias das mesmas doenças, estudos indicam que as epidemias de varíola, gripe, sarampo, coqueluche e tifo foram comuns na América Latina, atingindo desde o México até a Argentina entre 1500 e 1900. No século XX, graças ao desenvolvimento da medicina, incluindo as vacinas, a mortalidade e a extensão das epidemias diminuíram. Deve-se também considerar que as populações indígenas tribalizadas haviam diminuído significativamente em inícios do século XX, nas Américas.

Porém é importante avaliar o contexto no qual as epidemias atingem as populações. Momentos de seca, por exemplo, ou de recuperação de epidemias menos letais, como a gripe, podem deixar grupos mais suscetíveis ao contágio e infecções por vírus letais. Sánchez-Alborroz (1985) indica como exemplo o caso dos Mayas, atingidos pelo flagelo da fome entre 1627 e 1631 e depois em 1648 e 1656, nesses períodos, grupos saíram de seus territórios em busca de alimentos, seus corpos desnutridos e enfraquecidos facilitaram a contaminação, por outro lado, os doentes não tinham energia para trabalhar na terra, e isso estendeu o período de escassez.

Ao rejeitar a ideia de que as Américas eram solo livre de epidemias, e de que as populações autóctones não possuíam mecanismos de defesa contra as doenças, Jeffrey Ostler, como outros autores, enfatiza o fato de que a devastação causada pelas epidemias ocorridas após o contato com os colonizadores foi causada menos por falta de imunidade do que pelas condições criadas pelas práticas coloniais que deixaram as populações nativas vulneráveis. Para ele, a proposta de territórios “virgens de

epidemias” reforça teorias racistas que atribuem o declínio da população nativa das Américas a sua inferioridade racial. Por isso é importante frisar que o declínio populacional que aconteceu com a colonização é menos uma evidência de diferenças biológicas do que a consequência de eventos históricos e das condições sociais geradas pelas ações políticas (OSTLER, 2020). Confirmando essa proposta, Wright and White (1996) apresentaram evidências de que os Mayas que enfrentaram epidemias como a febre amarela em épocas anteriores à chegada dos europeus, e que enfrentaram drásticas alterações em seu modo de vida causados por catástrofes ambientais e mudanças político-sociais, no entanto, foram capazes de se recuperar, assim como as outras culturas pré-industriais da Europa, por exemplo.

As epidemias de varíola também atingiram áreas mais ao norte. Em 1633, cerca de dez anos depois da chegada dos primeiros grupos de puritanos a New England, a população indígena foi reduzida de 16 mil a três mil indivíduos. Anos depois, a importação de escravos vindos da África trouxe outras epidemias, que afetaram populações já exaustas por um estado de guerra contínua, por outras epidemias e pela limitação do acesso aos recursos naturais (OSTLER, 2020).

Durante a Guerra dos Sete Anos (1756-1763), que envolveu a Inglaterra, França e Espanha e se desdobrou nas Américas em disputas pelo controle de territórios americanos, indígenas da América do norte foram engajados nos exércitos ingleses e franceses. Uma epidemia de varíola que atingiu as tropas naquele período acabou se alastrando por aldeamentos indígenas devido ao contato dos índios com as tropas e do retorno dos soldados indígenas para suas comunidades (OSTLER, 2020). Historiadores indicam que a evidência de surtos de varíola entre a população indígena envolvida em guerras contra os colonizadores é muito frequente para que seja uma simples coincidência. Entre 1756 e 1758 a doença causou grandes perdas entre os índios aliados ao exército francês. Um ex-prisioneiro de guerra, mantido por anos entre os índios, declarou que, em 1757 houve muitas mortes entre

os Chippewas e os Potawatomis, causadas principalmente pela estratégia inglesa de dar a esses índios rum envenenado e contaminá-los com a varíola (FENN, 2000).

Durante essa guerra, também foi observado a contaminação entre índios mexicanos, no norte do Vice-Reino de Nova Espanha.

En 1763, ocurrieron aproximadamente diez mil muertes por viruela, al tiempo que México defendía la región del Golfo contra los ingleses. Cálculos de las autoridades de entonces, estimaron que en la ciudad de México para el año 1763, 44,286 personas sufrieron de viruela en 1763, de las cuales 8,820 murieron (FRANCO-PAREDES; LAMMOGLIA; SANTOS-PRECIADO, 2004, p.322).

Ao final do século XVIII, a introdução da vacina e a inoculação da população colonial contra a varíola, ainda que não se possa comprovar que tenha atingido aos povos mais arredios, fez com que novos eventos dessa doença fossem menos letais. A primeira iniciativa de vacinação se deu na cidade do México em 1798, se estendendo para outras cidades nos primeiros anos do século XIX.

Guerra Biológica: Doença como arma de extermínio

Evidências históricas confirmam o uso premeditado de material contaminado para transmitir doenças como a varíola entre povos indígenas, com o intuito de reduzir a população e facilitar o avanço colonialista, contrariando o argumento de Crosby Jr (2003) de que o contágio ocorreu de forma natural. Desde o início do século XVIII pesquisas médicas indicavam as principais formas de contágio e de prevenção da doença. Segundo Elizabeth Fenn, as fontes oficiais indicam o uso de roupas contaminadas pela varíola como arma biológica, da mesma forma que fontes orais da história indígena informam que esse tipo de estratégia foi usada por colonizadores ingleses e franceses na América do Norte, durante os séculos XVIII e XIX, entre vários povoamentos do que depois se tornou parte dos Estados Unidos e do Canadá. Por outro lado, a

informação sobre os cuidados necessários para evitar a contaminação salvou muitas vidas. Foi o caso dos índios Creek, da Georgia e Alabama, que, em 1748 seguiram o conselho de um certo James Adair, comerciante inglês, isolando os primeiros enfermos que apresentaram a doença e mesmo cortando contato com os aldeamentos afetados. O procedimento minimizou o contágio e o número de mortos (FENN, 2000).

Um dos incidentes mais conhecidos na história indígena dos Estados Unidos é o uso de roupas contaminadas com varíola para exterminar os índios ocorreu durante a Rebelião de Pontiac, na qual os índios Algonquin, Iroquois, Muskogean, e Sioux se uniram para resistir ao exército inglês, entre 1763 e 1765. Em junho de 1763, um grupo de líderes indígenas visitou o Fort Pitt para conferenciar com os militares ingleses e pedir a retirada dos ingleses de seu território. Na saída, o grupo foi presenteado com bebidas alcoólicas e dois cobertores e um cachecol, retirado do hospital onde os ingleses estavam isolando os doentes de varíola. A doença se alastrou pelos povoados indígenas e seguiu fazendo vítimas pelos dois anos seguintes (FENN 2000; RANLETT, 2000).

Até o século XIX, a varíola foi a doença mais temida entre os índios de todo o continente, devido a seu efeito devastador. Por volta de 1840, na vila de Caxias, província do Maranhão, índios Timbiras que já estavam em contato com a população branca foram atraídos para a vila que estava infestada pelo vírus da varíola, ficando ali sitiados e sem comida. Quando os índios famintos buscaram alimentos nas hortas das casas, foram espancados barbaramente, não se poupando mulheres ou crianças. Os que sobreviveram à violência e à fome, morreram de varíola (RIBEIRO 1977).

Também no Brasil, há denúncias de que roupas contaminadas foram distribuídas aos índios do Vale do Itajaí, como forma de resolver o conflito pela terra entre colonizadores alemães e a população indígena entre 1850 e 1926 (VERDUM, 2020). O período indicado inclui o início do século XX, quando muito já se sabia sobre o controle das epidemias e sobre a importância do isolamento para sua contenção, mais ainda, o governo republicano, mesmo

antes da criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), em 1910, já declarava o compromisso com a proteção das populações indígenas. Por outro lado, os conflitos do Vale do Itajaí ocorreram num período em que elementos ligados ao governo federal defendiam a extinção dos índios para promover o progresso da nação. Em 1908, Hermann von Ihering defendia abertamente o extermínio dos índios na revista do Museu Paulista, do qual ele era o diretor (IHERING, 1908; ROCHA, 2002); com argumento semelhante, João Batista de Lacerda, diretor do Museu Nacional, declarou no Primeiro Congresso Universal das Raças, em 1911:

Nós não acreditamos que esses núcleos indígenas possam prosperar e influenciar o progresso futuro do Brasil; durante muito tempo eles viverão uma existência mirrada e terminarão por se dissolver, quando se colocarem em contato mais imediato com a civilização que penetra gradualmente nas regiões desconhecidas do Brasil (LACERDA, 1912, p. 8).

É importante notar que a declaração de Lacerda é feita no momento em que o Brasil abraça a indianidade como parte da identidade nacional, menos de dois anos depois da criação do SPI e ainda na vigência do período romântico que se caracterizou pelos romances indianistas e pela propagação de monumentos aos índios. Claramente, a celebração dos índios, naquele período, refere-se a um índio imaginário, e mesmo ao índio do passado, ou seja, ao índio morto (ROCHA, 2002; 2019). É neste sentido que o argumento de que o impacto das epidemias foi maior devido a políticas colonialistas que, ao oprimir os indígenas, criou as condições ideais para a propagação de doenças e conseqüente para o declínio populacional, se sustenta.

Roxanne Dunbar-Ortiz (2014), também defende a teoria de que o efeito das epidemias na demografia indígena das Américas não pode ser dissociado de outras ações colonialistas, como o extermínio, o sequestro de crianças, a escravidão e a desnutrição. A introdução do álcool, por exemplo, criou um desequilíbrio nos

aldeamentos, com aumento da violência inter-tribal, o abandono das roças e de outros trabalhos, devido à indolência de indivíduos alcoolizados, e a morte por doenças resultantes do uso excessivo de álcool, principalmente em organismos já debilitados pela má nutrição. Ao final do século XVIII, no norte da Califórnia milhares de pessoas pertencentes às nações Wintu, Maidu, Miwak, Omo, Wappo e Yokut, morreram em combates com forças militares espanholas, desses, calcula-se que aproximadamente 5 mil morreram de doenças e 4 mil foram forçados a se relocar para os territórios das missões religiosas. Cerca de cinquenta anos depois, sobreviventes dos mesmos grupos tiveram que enfrentar o exército dos Estados Unidos, numa carnificina que eliminou mais de 4 mil pessoas, e outras 6 mil morreram de doenças no mesmo período em que os combates se desenrolaram. Além disso, entre 1852 e 1867, milhares de crianças foram sequestradas, causando rupturas na estrutura social e econômica desses grupos. Situação que piorou com a febre do ouro, e a entrada desregulada de garimpeiros em territórios indígenas. As dificuldades econômicas e o desequilíbrio social levaram mulheres indígenas à prostituição nas áreas de mineração, levando a uma maior degradação física, cultural e social (DUNBAR-ORTIZ, 2014, p. 41).

No Canadá, mais de 150 mil crianças indígenas foram tomadas à força de suas famílias e internadas em colégios, entre 1883 e 1997, para a concretização do plano governamental de “matar o índio e salvar o homem”. Já no princípio do programa das chamadas Escolas Residenciais Indígenas, notou-se que havia um risco muito grande de propagação de doenças fatais. O número oficial de vítimas, declarado pelo governo, é de 4.120 alunos, porém as investigações, que até 2021 cobriram apenas quatro das 139 escolas federais, encontraram 1.300 covas não demarcadas, de estudantes. As condições precárias das Escolas Residenciais Indígenas foram denunciadas ao longo do século XX. Em 1907, o médico Peter Bryce, designado pelo governo para inspecionar 35 dessas escolas, constatou alarmado que pelo menos 25 por cento das crianças internadas nas escolas haviam morrido, em uma delas a

porcentagem de crianças mortas chegou a 69, a maior causa era a tuberculose, mas estudos continuam sendo feito para constatar cada caso. Bryce indicou que os prédios das escolas não possuíam instalações adequadas: salas com pouca ventilação, alunos aglomerados e sem condições para isolamento dos doentes. Outros inspetores, ao longo de décadas, ecoaram as denúncias de Bryce, adicionando a falta de sistemas de aquecimento para enfrentar os rigorosos invernos canadenses, a falta de enfermeiras e a alimentação pobre de nutrientes que era oferecida aos internos. Nos testemunhos recolhidos pela Comissão da verdade e Reconhecimento do Canadá (*Truth and Reconciliation Commission of Canada*), que apura o genocídio, muitos sobreviventes falam na fome constante. “À noite, chorávamos para ter algo de bom para comer antes de dormir. Muitas vezes a comida que comíamos era rançosa, cheia de vermes, fedia.”⁶ Comissões de apuração das condições de vida nessas escolas continuaram a denunciar a deficiência alimentar e a propagação da tuberculose nessas escolas nas décadas de 1940 e 1950. Parte do argumento oficial era de que essas crianças já chegavam contaminadas à instituição, que fazia o possível para tratá-las. Novos estudos têm comprovado que crianças eram retiradas de suas famílias desde os primeiros meses de vida, os infectados com tuberculose eram internados em hospitais designados para atender aos índios, que eram deliberadamente negligenciados na distribuição de fundos. Indicam ainda que os pacientes indígenas eram submetidos a cirurgias desnecessárias e mantidos internados por mais tempo que outros pacientes, porque os médicos não confiavam que os índios tomariam os remédios (MOSBY; MILLIONS, 2021).

O impacto das epidemias entre os índios brasileiros durante o século XX foi estudado por Darcy Ribeiro, que utilizou os dados do Serviço de Proteção aos Índios para afirmar que entre as doenças

⁶ Depoimento de Andrew Paul, na *Truth and Recognition Commission of Canada*. Disponível em: <https://www.scientificamerican.com/article/canadas-residential-schools-were-a-horror/>

que afetam os índios as mais comuns são aquelas do sistema respiratório: gripe, pneumonia, coqueluche e tuberculose, mas também as epidemias de sarampo e varíola têm por séculos dizimado os grupos atingidos. Segundo ele, uma epidemia de influenza, em 1912, reduziu os índios Kaingang de São Paulo à metade, o mesmo tendo acontecido com os índios Urubu-Kaapor:

O contágio se deu através de um grupo de nove índios levados a passeio até a vila civilizada mais próxima, poucos meses depois da pacificação. Somente dois regressaram; um morreu logo depois, no posto, e outro, poucos dias mais tarde, na aldeia. Este contagiou a tribo, levando a morte a um milhar de índios, segundo nosso cálculo (RIBEIRO, 1977, 247).

O contato dos Kaingang do estado de São Paulo com cafeicultores, logo depois da pacificação, em 1912, trouxe um surto de sarampo que matou grande parte da população indígena. Surtos de sarampo e de gripe reduziram a população Kaingang do Oeste paulista de 1200 pessoas em 1912 para menos de duzentas em 1916. Décadas depois, em 1950, um surto de sarampo trazido por um grupo de sertanejos, afetou um aldeamento de 750 índios Urubu Kaapor, matando 160 pessoas. No vale do Guaporé, uma epidemia de sarampo em 1954 causou enorme mortalidade entre vários grupos indígenas (RIBEIRO, 1977). Naquele mesmo ano, epidemias de tuberculose, sarampo e gripe ocorreram entre os índios Xavante no Alto Xingu (VERDUM, 2020).

A Gripe Espanhola, que assolou o mundo entre 1918 e 1920 também atingiu as populações indígenas, ainda que sejam escassos os estudos sobre essa epidemia. Ribeiro recuperou nos arquivos do SPI referências a casos de Gripe Espanhola entre os Xokleng, entre os quais a doença chegou em um período em que os índios vinham enfrentando surtos de malária e coqueluche, em outras palavras, o sistema imunológico daquelas pessoas já estava comprometido, o que agravou o efeito da gripe: “Tamanha foi a mortalidade que nem davam conta de enterrar os mortos; os cadáveres eram

deixados insepultos, servindo de pasto à cachorrada da aldeia” (RIBEIRO, 1977, 256).

Ao percorrer as regiões central e norte do Brasil, no início da década de 1970, o antropólogo Shelton Davis reportou o impacto das epidemias entre os índios, ocorridas em meio aos conflitos com colonos, sertanistas e mineradores. No livro *As Vítimas do Milagre*, ele reproduziu um trecho de uma carta que o então diretor do Parque Indígena Aripuanã, Apoena Meirelles enviara à Funai, descrevendo os efeitos dos choques armados e das doenças no conflito com os invasores:

Em menos de quatro anos, as terras dos Cinta Larga e dos Suruí foram alienadas. As epidemias já deixaram sua marca, e as tribos já deram os primeiros passos na longa estrada para a miséria, a fome e a prostituição de suas mulheres... Eu prefiro morrer al lado dos índios, em defesa de suas terras e seus direitos do que viver para amanhã vê-los reduzidos a mendigos em suas terras (DAVIS, 1978, p. 113).⁷

O trabalho de Davis também apresenta denúncias de vários casos de contaminação de indígenas localizados em áreas do Parque do Xingu e Amazônia, vítimas de gripe, sarampo e principalmente tuberculose. Muitos dos surtos epidêmicos eram causados pelo contato com colonizadores, comerciantes, missionários religiosos e até mesmo com sertanistas (DAVIS, 1978).

Segundo Ribeiro, isso acontecia também em outras partes do país. Ainda durante os estudos para o estabelecimento do Parque Indígena do Xingu, em 1954, a Fundação Brasil Central criou algumas bases de atração e contato com a população indígena na região. Numa ocasião, um surto de sarampo, trazido por sertanejos, contaminou índios que visitavam a base. Na base e arredores havia quase mil índios, dos quais 698 contraíram o vírus, dos quais 108 morreram. O número de mortos foi grande, mas poderia ser maior,

⁷ Apoena Meireles foi assassinado em 2004, em meio às investigações e elaboração de um relatório sobre a atividade de empresas mineradoras em território indígena, do qual ele era coordenador.

não fosse a rápida ação governamental, que isolou e tratou a maioria dos doentes, havendo, porém aqueles que fugiram e retornaram para as aldeias, levando consigo a doença. Segundo o relatório médico do SPI, entre 400 enfermos que foram atendidos por médicos, 28 morreram, enquanto entre os duzentos e noventa e oito doentes que não foram assistidos, morreram 80. O antropólogo explica:

Embora se tenha usado os principais recursos da medicina moderna, como a penicilina, a estreptomina e outros, os médicos assistentes acreditam que o principal fator para a recuperação dos enfermos foi o fornecimento de alimentação regular, o que faltou aos não assistidos (RIBEIRO, 1977, 252).

Diante do quadro de epidemias entre índios brasileiros, autoridades do SPI passaram a desencorajar e mesmo proibir as cerimônias tradicionais que reuniam grupos maiores, muitas vezes de aldeamentos diferentes, para evitar que as aglomerações facilitassem a transmissão de doenças. Isso se verificou depois da ocorrência a Gripe Espanhola entre os Xokleng e Kaingang do Sul do Brasil. Ainda que a prática possa ter evitado a propagação de doenças, por outro lado, interferiu em práticas culturais importantes, como as grandes reuniões que possibilitam a troca de saberes, a revitalização de práticas e a resolução de confrontos, contribuindo para a desestabilização sociocultural desses grupos (RIBEIRO, 1977).

Infecções por doenças sexualmente transmissíveis

O Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados denunciou, em 2018, que os índios Warao, o maior grupo indígena da Venezuela, estava sendo duramente afetado pela crise econômica que assolou o país desde 2014. Afetados pela fome e pela escassez de medicamentos, a população Warao também tinha que lidar com epidemias de sarampo e uma escalada nos casos de

contaminação pelo vírus HIV. Atingidos pela fome e pela escassez de qualquer recurso (saúde, educação, trabalho), os índios Wayú, Warao, Barí e Yukpa, entre outros, se veem obrigados a sair da Venezuela para buscar melhores condições de vida nos territórios brasileiro e colombiano (FARIA; WILLIAMSON, 2018).

Reniana Scarano (2017) também confirmou casos de HIV entre os Xokleng em Santa Catarina, segundo a pesquisadora a incidência do vírus no aldeamento de José Boiteux surgiu em 1988 e coincide com a construção da Barragem Norte, que entrou em operação em 1992, e aproximou ainda mais os indígenas da população externa. Segundo dados obtidos junto ao governo, até 2016, foram comprovados 1.102 casos entre povos indígenas no Brasil. Entre os Xokleng há 17 casos numa população de 1.757 indivíduos, portanto cerca de dez por cento dos habitantes do aldeamento.

A constatação de casos de AIDS entre a população indígena toca num assunto bastante delicado: a contaminação sexual, e as relações sexuais entre índios e indivíduos externos às reservas indígenas, indicando casos de exploração sexual ou de prostituição em resposta à opressão econômica.

Entre os povos indígenas, o impacto da aids ainda é pouco conhecido. Estudos, entretanto, têm destacado a maior vulnerabilidade desses grupos populacionais à transmissão do HIV, relacionada às piores condições de vida, menor nível socioeconômico, educacional, exclusão social e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. As informações oriundas de países como Estados Unidos da América, Canadá, Nova Zelândia e Austrália indicam um aumento expressivo da taxa de detecção de HIV entre os povos indígenas nas últimas décadas. Em geral, essa taxa é maior entre indígenas do que entre não indígenas, o que indica as iniquidades em saúde, no que diz respeito ao acesso ao diagnóstico e tratamento da doença (GRAEFF et al, 2019, p. 2).

Em Mato Grosso do Sul, estudos conduzidos entre 2001 e 2014 detectaram casos de infecção por vírus HIV entre índios Kaiowá,

Guarani, Kadiwéu Terena e Ofaié, com maior incidência entre as mulheres em idade reprodutiva.

O estudo demonstrou evolução das taxas de detecção de infecção pelo HIV e aids na população indígena de Mato Grosso do Sul. As mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos, com menor escolaridade e da etnia Kaiowá apresentaram maiores percentuais de infecção pelo HIV e aids. As etnias Kaiowá, Terena e Guarani foram as mais expostas, com registros de altas taxas de infecção pelo HIV e aids. Esses resultados contribuíram, também, para as elevadas taxas de mortalidade e letalidade nesses grupos (GRAEFF et al, 2019, p. 7).

O mesmo estudo constatou maior vulnerabilidade entre os Kaiowá e Guarani, que apresenta altas taxas de mortalidade infantil por doenças crônicas não transmissíveis, ligadas à má nutrição. Indicou ainda que a proximidade desses grupos de centros urbanos facilita o contágio. A isso, somam-se o desemprego, a pobreza, a violência e a exploração sexual.

O estigma associado ao diagnóstico da AIDS ou de contágio pelo vírus HIV leva muitas pessoas ao silêncio, além disso o baixo poder de persuasão das mulheres indígenas dificulta a negociação de uso de proteção durante o ato sexual. Atualmente, a exposição de índios do Brasil, Venezuela, Paraguai, Bolívia e Peru ao vírus da AIDS tem recebido maior atenção de órgãos nacionais e internacionais.

As doenças sexualmente transmissíveis estão presentes na história da humanidade. Arqueólogos têm encontrado indícios dessa doença em múmias e esqueletos pertencentes a índios do período anterior ao contato. Especula-se que colonizadores europeus tenham contraído sífilis de populações indígenas na América Central, e espalhado pelo mundo (CROSBY Jr., 2003). Mas a exposição aos vírus causadores dessas doenças, aliada aos fatores já mencionados como comprometedores do sistema imunológico tornou essas doenças mais letais.

E foi provavelmente a teoria de que os índios da América Central vinham sendo historicamente expostos à sífilis que deu

origem ao terrível experimento da sífilis na Guatemala, no período pós Guerra.

Entre 1946 e 1948, cientistas dos Estados Unidos ligados ao Laboratório de Investigações de Doenças Venéreas do Serviço de Saúde Pública daquele país, elaboraram um projeto de pesquisa que incluía experimentos com seres humanos. O projeto se baseava em contaminar pessoas deliberadamente, com microrganismos que causavam a sífilis, a gonorreia e o cancro, acompanhando a reação biológica dos corpos dessas pessoas na luta contra a doença, por vezes experimentando com medicamentos, noutras deixando o processo correr sem interferência.

O projeto, conhecido como Projeto Tuskegee (*Tuskegee Study*), teve início em 1932, quando aproximadamente 600 homens negros – a maioria muito pobre e analfabeta – da cidade de Tuskegee, no Alabama, foram infectados (HELLER, 1972). Cerca de quinze anos depois, foi resolvido que o projeto deveria ser ampliado, para incluir pessoas de outros grupos raciais, e a proposta de estabelecer uma base desse projeto na Guatemala tomou corpo. Era preciso incluir pessoas que, assim como as cobaias no Alabama, participassem do projeto sem saber o que estava sendo feito. A princípio infectaram homens nas prisões, porém quando os sintomas começaram a aparecer, muitos prisioneiros passaram a se recusar a ter seu sangue retirado, atribuindo o mal-estar que sentiam à perda do sangue. Os pesquisadores dos Estados Unidos e da Guatemala, trabalhando em conjunto, resolveram envolver homens internados em instituições para tratamento de doenças mentais, soldados rasos, prostitutas e crianças internadas em orfanatos.

Em 2011, uma comissão especial, criada pelo Governo dos Estados Unidos para esclarecer os experimentos humanos que ocorreram na Guatemala entre 1946 e 1948 reconheceu a participação de autoridades médicas dos Estados Unidos, e que a maioria das vítimas do experimento na Guatemala eram de origem

indígena e mestiça.⁸ O médico e investigador Xavier Sierra Valenti identificou entre as vítimas: 515 crianças de um orfanato, 151 estudantes, 277 crianças do grupo indígena (da cidade Totonicapán, cuja maioria da população é K'iche-Maya), 441 crianças e 19.084 latinos (hispanicos), 51 internos de um leprosário e 1550 adultos indígenas (VALENTI, 2017).

O efeito total do experimento da sífilis na Guatemala é difícil de identificar. Não tendo sido informados que haviam sido injetados com microrganismos da sífilis, gonorreia e cancro, pacientes mantiveram relações e se casaram, infectando outros, no caso da sífilis, crianças nasceram infectadas. Casos de morte durante o experimento constam no relatório oficial, uma das vítimas que faleceu teve pus infectado injetado em várias partes do corpo, inclusive nos olhos. O mesmo relatório indica que a população utilizada no experimento era pobre e sofria de má nutrição e doenças crônicas resultantes da miséria. Segundo Rodriguez e Garcia (2013), a utilização de experimentos no qual pessoas foram infectadas intencionalmente com bactérias que causam doenças sexualmente transmissíveis, sem seu consentimento, seguida pela falha em fornecer tratamento (já existente em 1947), indica conduta imoral e antiética de todos os envolvidos. Além disso, a discriminação das autoridades americanas e guatemaltecas contra os índios e os pobres indica a prevalência do racismo.

Considerações finais

Com base nas pesquisas acima apresentadas, é possível refutar a hipótese de que as mortes causadas por epidemias foram

⁸ Dados obtidos no relatório da Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues, intitulado: "ÉTICAMENTE IMPOSIBLE" Investigación sobre las STD en Guatemala desde 1946 hasta 1948". Versão traduzida para o espanhol. Washington, DC, Setembro de 2011. Disponível em: https://bioethic.sarchive.georgetown.edu/pcsbi/sites/default/files/EticamenteImposible_Spanish_Translation.pdf Acesso em 2 de outubro de 2021.

potencializadas por uma inferioridade biológica, na qual, o organismo indígena, menos resistente, sucumbiu durante as primeiras décadas de contato com o Europeu, não se sustenta. Isso porque, não houve o total extermínio, o que indica que grupos indígenas eventualmente desenvolveram os anticorpos necessários para reagir contra as doenças; e também porque situações de contágio por doenças epidêmicas continuaram a ocorrer através dos séculos, chegando aos dias de hoje.

O comprovado uso de armas biológicas para a dominação, extermínio e colonização indica um padrão de desrespeito pelas vidas dos índios, que também se apresenta sob a forma de negligência e opressão econômica. As doenças, aliadas aos efeitos dos deslocamentos populacionais e escravização dos povos indígenas mataram mais do que as guerras de extermínio.

Conforme indicou Renisa Mawani, os efeitos violentos do colonialismo nas terras indígenas têm afetado os recursos naturais, o acesso a alimentos e água alterando as dietas, causando a maioria dos problemas de saúde enfrentados por esses grupos. A negligência à saúde indígena obedece a formas estruturais de racismo e uma distribuição racial de vida e morte que continua a valorizar as vidas não indígenas sobre as indígenas. Tudo isso está enraizado nas suposições históricas do “índio desaparecido” (MAWANI, 2020).

Há alguns anos, numa sala de aula do primeiro ano de história, na University of the West Indies, vários alunos, perguntados sobre os efeitos iniciais da colonização, indicaram o extermínio dos povos indígenas. Na mesma sala de aula, uma aluna permaneceu calada. Poucos sabiam que ela pertence à nação Kalinago, a mesma que enfrentou as forças de Colombo, de outros espanhóis, dos franceses e dos ingleses, e que segue lutando por reconhecimento e visibilidade como povo indígena. Eu perguntei a ela: “Você é indígena?” Ela disse: “Sim.” Perguntei ainda: “Você está extinta?” Ela declarou: “Não, eu e os Kalinago continuamos vivos!”.

Referências

ACUNA-SOTO, Rodolfo; ROMERO, Letícia; MAGUIRE, James. Large epidemics of hemorrhagic fevers in Mexico 1545-1815. **Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 62, n. 6, 2000, p. 733-739. Disponível em: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.2000.62.733> Acesso em 10 de agosto 2021.

ALCHON, Suzanne Austin. **Native Society and Disease in Colonial Ecuador**. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

ALENCASTRO, Luiz Felipe. **O trato dos viventes. Formação do Brasil no Atlântico Sul**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

CROSBY Jr., Alfred. **The Columbian Exchange: Biological and Cultural Consequences of 1492**. Westport: Praeger, 2003.

DANTAS, Beatriz; SAMPAIO, José Augusto; CARVALHO, Maria Rosário. Os povos indígenas do nordeste brasileiro: um esboço histórico. In: CUNHA, Manuela Carneiro (org.) **História dos Índios no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras/FAPESP/Secretaria Municipal de Cultura, 1998, p. 431-456.

DAVIS, Shelton. **As vítimas do milagre**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

DUNBAR-ORTIZ, Roxanne. **An indigenous peoples' history of the United States**. Boston: Beacon Press, 2014.

FARIA, Flávia; WILLIAMSON, Nadia. El hambre y la desesperación empujan a grupos indígenas a salir de Venezuela. Artigo em website **ACNUR Agencia de la ONU para los Refugiados**. 7 de agosto 2018. Disponível em: <https://www.acnur.org/noticias/historia/2018/8/5b69ba424/el-hambre-y-la-desesperacion-obligan-a-los-indigenas-venezolanos-a-huir.html>. Acesso em 12 de outubro de 2021.

FENN, Elizabeth. Biological warfare in eighteenth century North-America: beyond Jeffrey Amherst. **The Journal of American**

History, v.86, n.4, 2000, p. 1552-1580. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2567577> Acesso em 12 agosto, 2021.

FRANCO-PAREDES, Carlos; LAMMOGLIA, Lorena; SANTOS-PRECIADO, José Ignacio. Perspectiva histórica de la viruela en México: aparición, eliminación y riesgo de reaparición por bioterrorismo. **Gaceta Médica de México**, v.140, n. 3, maio-junho 2004, p. 321-27.

GRAEFF, Samara Vilas-Bôas; PICOLLI, Renata; ARANTES, Rui; CASTRO, Vivianne; CUNHA, Rivaldo. Aspectos epidemiológicos da infecção pelo HIV e da aids entre povos indígenas. **Revista de Saúde Pública**, 2019, n. 53. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000362> Acesso em 8 de outubro de 2021.

HELLER, Jean. Syphilis Victims in U.S. Study Went Untreated for 40 Years. Artigo publicado no jornal **The New York Times**, 26 de julho de 1972, p. 1. Disponível em: <https://www.nytimes.com/1972/07/26/archives/syphilis-victims-in-us-study-went-untreated-for-40-years-syphilis.html> Acesso em 16 de outubro 2021.

HERZOG, Richard. How Aztecs Reacted to Colonial Epidemics. **Jstor Daily**. Online Magazine. 23 de setembro 2020. Disponível em: <https://daily.jstor.org/how-aztecs-reacted-to-colonial-epidemics/> Acesso em: setembro 28, 2021.

LAS CASAS, Bartolome de. **Brevíssima relación de la destrucción de las Indias**. Napoli: Instituto Italiani per gli studi Filosofici/Sevilla: Revista di Filosofia, 1991. Documento digital baseado na edição de 1598. Disponível em: https://enrique.dussel.com/txt/Textos_200_Obras/PyF_siglo_XVI/Brevisima_relacion-Bartolome_Casas.pdf Acesso em 18 de agosto 2021.

MARCÍLIO, Maria Luiza. Breve visão sobre as epidemias na história do Brasil. **Revista USP**, São Paulo, n.127, 2020, p. 119-128. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/180089> Acesso em: 10 de outubro 2021.

MARCÍLIO, Maria Luiza. The population of colonial Brazil. In BETHEL, Leslie (org.). **The Cambridge History of Latin America**,

vol. 2, Colonial Latin America. New York: Cambridge University Press, 1985, p. 37-63.

MAWANI, Renisa. A historical account of the pandemic: health, colonialismo and racismo in Canada. Paper publicado em: **Royal Society of Canada**. Impacto of COVID-19 in racialized communities. 12 de novembro 2020. Disponível em: <https://rsc-src.ca/en/covid-19/impact-covid-19-in-racialized-communities/historical-account-pandemic-health-colonialism> Acesso em 10 de outubro 2021.

MONTEIRO, John Manuel. **Negros da terra. Índios e bandeirantes nas origens de São Paulo.** São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

MOSBY, Ian; MILLIONS, Erin. Canada's Residential Schools Were a Horror. **Scientific American**, online magazine. Publicado em 1 de agosto, 2021. Disponível em: <https://www.scientificamerican.com/article/canadas-residential-schools-were-a-horror/> Acesso em 17 de setembro 2021.

NUNN, Nathan; QIAN, Nancy. The Columbian Exchange: A History of Disease, Food, and Ideas. **Journal of Economic Perspectives**, v.24, n. 2, 2010, p. 163-188. Disponível em <http://www.jstor.org/stable/25703506> Acesso em: 13 de outubro 2012.

OSTLER, Jeffrey. Disease has never been just disease for Native Americans. Artigo publicado em 29 de abril de 2020. **The Atlantic** Revista online. Disponível em: <https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2020/04/disease-has-never-been-just-disease-native-americans/610852/> Acesso em 7 de outubro, 2021.

PALACIN, Luiz. A extinção dos índios. **Histórica**. Rio de Janeiro, ano 1, n. 2, 1972. Disponível em: http://etnolinguistica.wdfiles.com/local--files/biblio%3Apalacin-1972-extincao/Palacin_1972_AExtincaoDosIndios.pdf Acesso em 8 de outubro 2021.

PRESIDENTIAL COMMISSION for the STUDY of BIOETHICAL ISSUES. "ÉTICAMENTE IMPOSIBLE" Investigación sobre las STD en Guatemala desde 1946 hasta 1948. **Relatório**. Versão em espanhol. Washington, D.C., Septiembre de 2011. Disponível em

https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcsbi/sites/default/files/EticamenteImposible_Spanish_Translation.pdf Acesso em 30 de setembro 2021.

RANLET, Philip. The British, the Indians, and Smallpox: What Actually Happened at Fort Pitt in 1763?. **Pennsylvania History: A Journal of Mid-Atlantic Studies**, v.67, no. 3, 2000, p. 427-41. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/27774278> Acesso em 08 de outubro de 2021.

RIBEIRO, Darcy. **Os índios e a civilização**. Petrópolis: Vozes, 1977.

ROCHA, Elaine Pereira. A construção do Brasil moderno e o problema do negro na visão de Lacerda". In: NADER, Maria Beatriz (ed.) **Equidade de gênero e raça**. Vitória: Editora da Universidade Federal do Espírito Santo - EDUFES, 2018, p.180-206.

ROCHA, Elaine Pereira. **Entre a Pena e a Espada**. A trajetória de Leolinda Daltro 1857-1935. Tese doutorado em história, Universidade de São Paulo, 2002.

RODRIGUEZ, Michael; GARCIA, Robert. First, do no harm: The US sexually transmitted disease experiments in Guatemala. **American Journal of Public Health**, v.103, n. 12, 2013, p. 2122-2126. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3828982/pdf/AJPH.2013.301520.pdf> Acesso em 2 de outubro 2021.

SÁNCHEZ-ALBORROZ, Nicolás. The population of colonial Spanish America. In BETHEL, Leslie (org.). **The Cambridge History of Latin America, vol. 2, Colonial Latin America**. New York: Cambridge University Press, 1985, p. 3-36.

SCARANO, Reniana Dilli. **Intensificação das ações para o diagnóstico, monitoramento e controle do HIV/AIDS entre o povo indígena Xokleng, Terra Indígena Laklãnõ, Santa Catarina, Brasil**. Trabalho de Conclusão de Curso, Especialização em Saúde Indígena, Universidade Federal de São Paulo, 2017.

VALENTI, Xavier Sierra. **El experimento de sífilis en Guatemala (1945-1948)**. Artigo digital. Disponível em: <http://xsierrav.blogspot.com/2017/07/el-experimento-de-sifilis-en-guatemala.html>. Acesso em 8 de outubro 2021.

VERDUM, Ricardo. Epidemias, território e povos indígenas: contribuição a uma antropologia histórica crítica. In: ALMEIDA; Alfredo; MARIN, Rosa; MELO, Eriki. (orgs.) **Pandemia e território**. Londrina, UEMA, 2020, p. 265-281.

WRIGHT, Lori; WHITE, Christine. Human biology in the classic Maya Collapse: evidence from paleopathology and paleodiet. **Journal of World Prehistory**, v.10, n. 2, 1996, p. 147-198. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/25801093> Acesso em 18 de agosto 2021.

Epidemias entre indígenas do litoral do Brasil no século XVI

Benedito Antonio Genofre Prezia

Resumo

O presente texto apresenta as epidemias que surgiram no Sudeste, na costa Leste e Nordeste do Brasil no século XVI, a partir das fontes quinhentistas e seiscentistas. Inicialmente é descrito o contexto habitacional e sanitário dos povos Tupi que ali viviam. Em seguida são abordadas a conquista portuguesa, com a implantação da missão jesuítica, e a instalação da colônia francesa no Rio de Janeiro, tendo como consequência, o surgimento de doenças respiratórias e da varíola, que provocam uma verdadeira hecatombe entre os indígenas. O texto resgata igualmente o discurso religioso que envolveu tanto missionários como indígenas, mostrando como os primeiros usaram essa abordagem para reforçar o projeto catequético.

Palavras-chaves: Epidemias; Litoral; Tupi; Discurso Religioso.

Resumen

El presente texto aborda las epidemias que surgieron en el Sudeste, en la costa Este y Nordeste de Brasil en el siglo XVI a partir de las fuentes disponibles de la época como del siglo posterior. Inicialmente se describe el contexto habitacional y sanitario de los pueblos Tupí que hacían vida en esos lugares. Posteriormente, es abordada la colonización portuguesa así como la implantación de la misión jesuita e instalación de la colonia francesa en Río de Janeiro, teniendo como consecuencia el surgimiento de enfermedades respiratorias y del virus de la viruela, que provocaron una verdadera mortandad entre los indígenas. Finalmente, el texto rescata el discurso religioso predominante tanto entre los misioneros como entre los indígenas evidenciando cómo los primeros empleaban dicho discurso para reforzar el proyecto catequístico.

Palabras-claves: Epidemias; Litoral; Tupi; Discurso Religioso.

Introdução

Neste estudo, optamos por delimitar o litoral do Nordeste, Leste e Sudeste do Brasil como área de abrangência. Foram as regiões mais atingidas pelas epidemias que grassaram no século XVI, período analisado por ser de maior incidência.

Este trabalho foi feito a partir das fontes quinhentistas e seiscentistas, buscando reproduzir os discursos da época, para compreensão da trágica realidade. A ótica é, sobretudo, religiosa, pois as enfermidades, naquela época, eram vislumbradas como regidas por forças divinas, benéficas e maléficas.

Como os habitantes originais do litoral eram povos de língua e cultura tupi, identificamos traços culturais, relacionados à sua saúde, e detalhamos as principais doenças que acometiam essas populações.

Quanto às epidemias de origem europeia, estabelecemos três períodos: a fase inicial de doenças respiratórias, no início da década de 1550, quando surgem os primeiros casos na Bahia; a fase aguda de doenças respiratórias, entre 1561 e 1563, com epidemias eclodindo no Rio de Janeiro, Espírito Santo e Bahia; e a fase da varíola, com surtos na Bahia, em São Paulo e no Rio Grande do Norte.

Traços culturais dos povos Tupi

Os povos Tupi ocupavam toda a costa, com vários subgrupos: os Potiguara⁹, que ocupavam as capitanias do Ceará, Rio Grande e Paraíba; os Tupinambá, as capitanias de Pernambuco e Bahia; os Tupinikim, as capitanias de Ilhéus e Espírito Santo; os Tamoio, as capitanias do Rio de Janeiro e Santo Amaro; os Tupi, a capitania de São Vicente, que incluía o planalto de São Paulo de Piratininga. Pela homogeneidade étnica, vamos apresentar alguns traços culturais,

⁹ Seguimos a orientação da Associação Brasileira de Antropologia-ABA, que propõe que o nome dos povos indígenas não seja flexionado e iniciado por maiúscula, flexionando apenas quando é adjetivo.

que devem ter contribuído para o bom padrão sanitário encontrado na fase pré-conquista, para surpresa dos europeus que chegavam. Escreveu Brandônio, pseudônimo do cristão-novo Ambrósio Fernandes Brandão, que viveu em Pernambuco no final do século XVI: “Eu não disse absolutamente que no Brasil não havia doenças, porque isso seria [não] querer encontrar a verdade, mas o que quis dizer é que as doenças que há nele são tão leves e fáceis de curar que quase não se podem reputar por tais” (MELLO, [1618], 1966, p. 60).

O capuchinho francês André Thevet, que esteve no Rio de Janeiro na década de 1550, também partilhava dessa visão:

E, se bem que esse povo seja composto dos mesmos elementos que nós, e sujeito a esses tipos de afecções [doenças tropicais], por outro lado, nunca sofre de lepra, paralisia, letargia, moléstias cancerosas, úlceras ou outros vícios do corpo, que se veem no estrangeiro [na Europa] ([1575] 2009, p. 122).

Alguns elementos culturais podem ter ajudado a manter um bom padrão sanitário.

Localização e composição das aldeias

As aldeias tupis, especialmente as instaladas em regiões de maior concentração populacional, obedeciam a um padrão bastante determinado, como descreveu Soares de Sousa, em 1587: “Quando o principal assenta sua aldeia, busca sempre um sítio alto e desabafado dos ventos [bem ventilado], para que lhe lave as casas, e que tenha a água muito perto, e que a terra tenha disposição para de redor da aldeia, fazerem suas roças e granjearias”¹⁰ ([1587] 1987, p. 303).

A aeração era e ainda hoje é um importante fator sanitário, sobretudo, para enfrentar doenças viróticas. Além da boa ventilação, as zonas piscosas eram sempre as mais procuradas,

¹⁰ Palavras com grafias arcaicas dos textos quinhentistas e seiscentistas foram padronizadas para o português atual.

assim como os locais de mata com abundância de caça e aves (FERNANDES, 1989, p. 67).

As aldeias tinham uma população relativamente pequena. O número de pessoas por casa familiar variava de quarenta a cem indivíduos. As aldeias podiam ter entre quinhentas a quatro mil pessoas, raramente ultrapassando esse número (FERNANDES, 1989, p. 63).

Mobilidade

Os deslocamentos foram também um fator eugênico, pois ocorriam com frequência e para locais, geralmente, saudáveis. Os povos Tupi foram os grandes andarilhos. Em geral, mudavam-se quando as folhas de palmeira da cobertura das casas se deterioravam, o que ocorria a cada três ou quatro anos (SOARES DE SOUSA, [1587] 1987, p. 303). Ou quando também a terra se mostrava exaurida, deixando os roçados pouco produtivos. Deslocavam-se em busca de uma terra mais fértil, que geralmente era uma terra ainda não cultivada (SALVADOR, ([1627] 1982, p. 80).

Quando se mudavam, queimavam as velhas moradias, costume que também era uma medida sanitária.

Com a chegada das enfermidades europeias, essa mobilidade tornou-se um fator negativo, pois contribuía com a disseminação da doença para outras regiões.

Banhos

Segundo Jean de Léry, missionário calvinista francês que passou dois anos entre os Tamoio do Rio de Janeiro, os homens e, sobretudo, as mulheres, “em quanta fonte ou rio encontravam, metiam-se n’água, molhavam a cabeça e mergulhavam o corpo todo como caniços, não raro mais de doze vezes por dia” ([1578] 1972, p. 82).

Brandão observou o lado terapêutico dos banhos: “Verdade é que algumas vezes lhes sobrevêm algumas febres de pouca

consideração, da qual saram com facilidade, somente com se lavarem no mais vizinho rio que encontram” ([1618] 1966, p. 60-61).

As doenças tropicais

Esses povos eram, evidentemente, acometidos por doenças tropicais, curadas com o devido tratamento.

Febres

Entre as enfermidades mais citadas, aparecem as febres, que Soares de Sousa alegava ter como causa os banhos, embora os insetos devessem ser os principais causadores:

Em alguns tempos e lugares, mais que outros, são esses índios doentes de terçãs e quartãs que lhe nascem de andar pela calma [horário de sol a pino sem ventos], sem nada na cabeça, e de quando estão mais suados se banharem na água fria, metendo-se nos rios e nas fontes, muitas vezes ao dia pelo tempo de calma; ou quando trabalham, que estão cansados e suados; às quais febres não fazem nenhuma cura senão comendo alguns mingaus, que são uns caldos de farinha de carimã [mandioca], (...) que são muito leves e sadios; e untam-se com água de jenipapo, com o que ficam todos tintos de preto, ao que têm grande devoção ([1587] 1987, p. 318).

Pelo tratamento rudimentar, essas febres não deveriam ser a malária, embora os jesuítas tenham se referido a febres *quartãs*, que acometiam alguns padres (PIRES, [2.08.1551],¹¹ 1988, p. 103).

Pesquisas recentes indicam que a malária, provocada pelo *Plasmodium falciparum*, chegou ao Brasil no século XVI. Trazida pelos navios negreiros, disseminou-se pela Colômbia, Guiana Francesa, Bolívia e Brasil, como revela o estudo de Ayala (CALIFÓRNIA, 2012). Nos textos quinhentistas consultados não há

¹¹ Como a maior parte das citações dos jesuítas provém de cartas, foi colocada entre colchetes a respectiva data.

identificação da doença, que deve ter se manifestado de fato a partir do século XVII.

Bouba e sífilis

Doença, de difícil tratamento, era denominada pelos indígenas de *pian/piã*, e que assustou os europeus.

Além das febres e doenças comuns, às quais, em razão do clima saudável estão menos sujeitos do que nós, sofrem os nossos americanos de uma moléstia incurável denominada *pian* e que tem por causa a luxúria, embora tenha visto meninos tão atacados dessa doença, que se pareciam com variolosos. Transformando-se o mal em pústulas mais grossas do que um polegar, que se espalham por todo o corpo, os indivíduos que o contraem ficam recobertos de marcas que se conservam durante a vida toda, tal como entre nós ocorre aos engalicados e cancerosos, que se contagiaram na torpeza e na impudícia. (...) É essa a moléstia mais perigosa do Brasil (LÉRY, [1578] 1972, p.193).

A bouba humana é causada pela espiroqueta *Treponema pertenuae*, aparentada à sífilis, causada pelo *Treponema pallidum*. A primeira provoca apenas ulcerações cutâneas, sem outras sequelas. A sífilis, além das ulcerações, em estágio avançado vai provocar lesões arteriais e nervosas. Como a fase inicial dessas duas patologias era semelhante, ocorreu tal confusão. Léry identifica, no texto acima, a segunda enfermidade, quando afirma que a luxúria ou a promiscuidade sexual seria sua causa. Santos Filho, na *História Geral da Medicina Brasileira*, comenta esse equívoco:

A propagação pelo coito, citada pela maioria dos autores, todos unânimes em confundir a bouba – causada pelo *Treponema pertenuae* (Castellani, 1905) –, com o *morbo gálico*, devido este ao *Treponema pallidum* (Schaudinn & Hoffmann, 1905). Essa confusão contribuiu bastante para a crença de que a sífilis era originária da América (1977, p. 186).

O registro da doença em crianças, feito por Soares de Sousa, evidencia que não se tratava da sífilis, mas da boubá.

São os tupinambás mui sujeitos à doença das boubas, que se pegam uns aos outros, mormente enquanto são meninos, porque se não guardam de nada; e têm para si que as hão de ter tarde ou cedo, e que o bom é terem-nas enquanto são meninos, os quais não fazem outro remédio senão fazê-las secar, quando lhe saem para fora, o que fazem com as tingirem de jenipapo, e quando isto não basta, curam-lhes estas bostelas [crostas] das boubas com a folha de caraoba, de cuja virtude temos já feito menção e como se estas bostelas secam, têm para si que estas são deste mau humor [da doença] e, na verdade, não têm dores nas juntas como se elas secam ([1587] 1987, p. 318).

Quando a boubá se manifestava nos genitais, esse autor quinhentista afirma que era usada uma planta, cabureíba, e o sumo de outras ervas não especificadas, “com que fazem muitas curas muito notáveis” (SOARES DE SOUSA, [1587] 1987, p. 318).

Thevet, cosmógrafo do rei e com certa formação científica, procurou rebater a origem francesa da sífilis, o que na época já suscitava polêmica. Afirmava que a origem era na América e não na França ou em Nápoles, como era divulgado. Mostrava também um olhar preconceituoso, vendo nas práticas sexuais indígenas, sobretudo, das mulheres, a causa de certas enfermidades.

Esta doença, assim chamada por causa dos habitantes da região [piã], não provém do ar viciado ou ruim do país, pois esse é tão bom e temperado como outros que existem sob o céu. (...) Esse povo (sendo brutal) e muito dado à libidinagem, sobretudo as mulheres, que procuram e praticam todos os meios que podem para excitar o marido. O que me faz pensar, como é muito verdadeiro, que essa doença tenha como fonte a prevaricação, e a companhia muito frequente dessas mulheres tão exaltadas, e que não é outro senão o mal venéreo, hoje em dia tão expandido por toda a cristandade, e não há fundamento para chamá-lo mal de Nápoles, ou mal francês [mal gálico], pois é comum em todo o mundo. (...) Assim, antes disso, antes que essas ilhas [do Caribe] fossem descobertas pelo espanhol, todos sabem que não havia

menção feita a tal doença nem na Grécia, na Ásia ou na África, e menos ainda a conheciam a França, a Itália, a Alemanha ou a Inglaterra; mas, presentemente, reina aí com tal força, que muitos contaminaram suas famílias com essa vilania ([1575] 2009, p. 120-121).

Apresentava um tratamento nativo, um pouco distinto daquele citado por Soares de Sousa:

Para curar-se dessa doença, antes que tome conta deles, fazem determinada decocção de uma árvore, ou ao menos de sua casca, que chamam em sua língua de *Hivourabé* [*ibirabé?*], que bebem, com sucesso igual ou muitas vezes maior do que aos que aqui [na França] se faz ao tomar guáiacó, salsaparrilha ou madeira da China (THEVET, [1575] 2009, p. 121).

Atualmente, ainda se discute se a sífilis teve origem na América ou se já existia na Europa antes do século XVI.

Conjuntivite

Thevet cita ainda uma doença oftálmica, uma espécie de conjuntivite, e levanta sua provável origem.

Além do *pians*, os selvagens são afligidos pela oftalmia, doença que dá nos olhos, que procede da abundância de fumaça; porque essa boa gente acende fogos em diversos locais de suas habitações, já que reúnem em cada uma, como foi dito, diversas famílias e casais. Esses selvagens, para curar essa afecção dos olhos, cortam um galho de determinada árvore muito macia, que é uma espécie de palmeira, e o levam para casa, destilando o suco, que é bem avermelhado, no olho do paciente ([1575] 2009, p. 122).

Nesse rápido levantamento, chama a atenção a quantidade de plantas usadas pelos indígenas e com boa eficácia terapêutica.

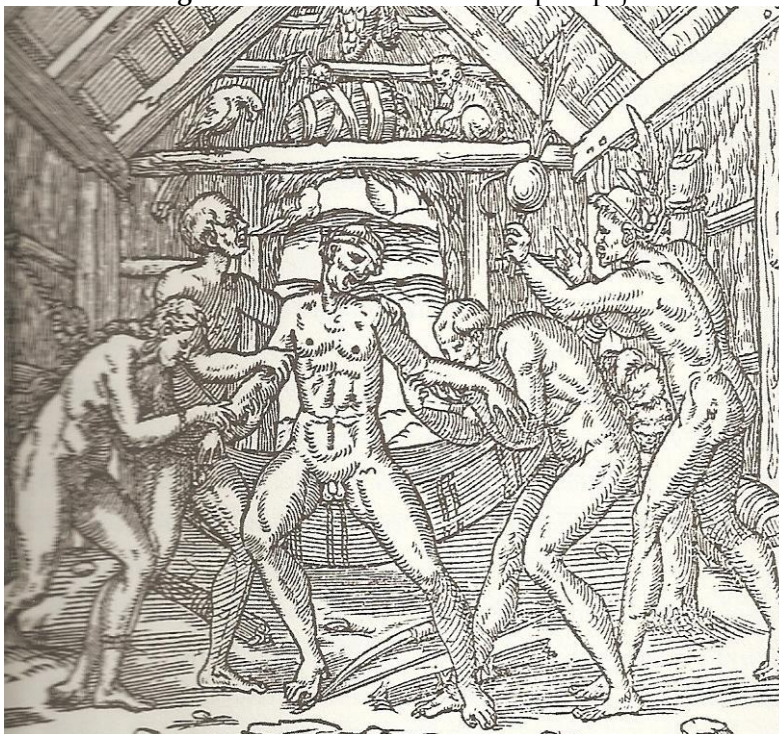
Os curadores: pajés e caraíbas.

Além das plantas, os Tupi recorriam a seus médicos e rezadores, mostrando que a doença tinha muito de sobrenatural. Como observou Métraux, entre os indígenas, “todas as moléstias eram causadas por sortilégio [feitiço], cabendo aos feiticeiros (sic) o seu tratamento”. (1979, p. 80). Esses médicos-rezadores eram os pajés e os caraíbas.

Thevet os descreve, não sem uma visão preconceituosa:

Nessas moléstias chamam-se os *Pajé* e *Caraíbe* [*Caraíba*], acreditando firmemente que esses vivaldinos os curam, já que sempre os mantiveram nessa fantasia, como tantos médicos empíricos daqui [na França] que são mais danosos que as doenças que pretendem curar, até mesmo as incuráveis. (...) Como fazem os *Pajé*, que contentam seus pacientes dizendo que falam com a alma de seus parentes mortos e que a eles é dado todo poder sobre o corpo e a alma. Assim, quando um doente estertora, com o estômago e o pulmão, impedidos por algum humor que o debilita, e que não consegue expelir, acham que é sua alma que está se queixando. Para os curarem, esses *Caraíbe* e *Pajé* os sugam com a boca no braço e na parte onde se sentem mal até mesmo ao ponto de tirar sangue, achando que por esse meio puxam a doença e a expõem. (...) Fazem também suas incisões com dentes de peixe extremamente aguçados, e isso, na maioria das vezes, sobre as partes mais dolorosas ([1575] 2009, p. 123-124).

Figura 1 - Tratamento realizado pelo pajé



Fonte: Gravura da obra *A cosmografia universal* de André Thevet, 2009, p. 123.

O jejum fazia parte do tratamento: “Os americanos têm por hábito, após a sucção da parte doente do corpo, nada dar aos doentes acamados a menos que o peçam. E se não o fazem, ficam às vezes um mês inteiro sem comer” (LÉRY, [1578] 1972, p. 194).

Convém destacar o papel dos caraíbas, nome que foi traduzido pelos jesuítas como “santidade” (VALLE, [12.05.1563], 1988, p. 408).

Eram os caraíbas que iam de aldeia em aldeia, fazendo rituais de cura, sendo acolhidos e sustentados pela comunidade:

Não se fixam em um determinado lugar. Tornam-se vagabundos [andarilhos], errando aqui e ali pelas matas ou onde quer que seja, nunca regressando à aldeia junto com o restante da tribo, mas só fazendo de raro em raro e em determinados horários. (...) Por causa disto, são acolhidos pela aldeia com toda honra e consideração,

sendo alimentados e sustentados de tudo, sem que tenham de fazer qualquer outra coisa, além disso. Os selvagens sentem-se bastante felizes quando conseguem cair nas boas graças do pajé [caraíba] e quando este lhe concede o privilégio de aceitar um de seus presentes (THEVET, [1558] 1978, p. 117-118).

Mesmo entre um povo contrário, era-lhes franqueada a entrada (PIRES, [5.08.1552], apud LEITE, 1940, p. 148).

A cada três ou quatro anos, os caraíbas passavam por determinadas aldeias para realizar rituais mais impactantes. Eram cerimônias públicas com grande concentração de pessoas. Os homens, devidamente enfeitados, faziam enormes círculos, cantando cadenciadamente, enquanto os caraíbas, com seus maracás e charutos, sopravam sobre as pessoas, dizendo: “Para que vençais vossos inimigos recebi o espírito da força”. Os cantos executados celebravam a morte de inimigos, a destruição da terra pelas águas ou outros feitos heroicos (LÉRY, [1578] 1972, p. 162-166).

Além desses rezadores, Thevet descreve a atuação das mulheres rezadeiras, sem dar-lhes o nome. Entre os povos de cultura tupi-guarani, como os atuais Guarani Mbyá, recebem o nome de *kunhã karai* (mulher rezadeira). “Mas as mulheres o fazem de maneira completamente diferente [o ritual]: metem um fio de algodão de dois pés de comprimento [50 cm], na boca do paciente, o qual depois chupam, achando que com esse fio absorvem o humor [a enfermidade] do doente” ([1558] 1978, p. 124).

Por terem chegado pelo mar – as grandes águas que separavam a Terra Boa da terra indígena – os portugueses foram também chamados de *caraíba*. Na realidade, esse nome era originalmente dado às entidades ancestrais, tornando-se extensivo aos pajés ambulantes (THEVET, apud MÉTRAUX, 1979, p. 198).

Assim como os portugueses, os franceses receberam um nome religioso, -- *maíra*, ou *mair*, como foi grafado na época –, e que designava uma importante entidade (LÉRY, [1578], 1972, p. 81).

Foi nesse universo religioso que os europeus chegaram.

Como observa Viveiros de Castro, analisando a simbiose entre os dois mundos, “os europeus vieram compartilhar um espaço que já estava povoado pelas figuras tupi da alteridade: deuses, afins, inimigos, cujos predicados se intercomunicavam”. (2002, p. 206).

Esse nome perdura até hoje na região amazônica para designar o não indígena, o *branco*, como ocorre no nheengatu: *kariwa*, variante de *karaiba* (CASANOVAS, 2000, p. 158).

Com a violência da conquista, os portugueses perderam esse título, tendo sido designados no Nordeste e no Maranhão como *peró* (D'ABBEVILLE, [1614] 1975, p. 115). Há divergências quanto a seu significado, mas tendemos a identificar como “amargo”, associado à raiz *rob*, encontrada no vocábulo *peroba*, árvore de casca amarga (CUNHA, 1989, p. 232).

A conquista portuguesa: a espada, as doenças e a cruz

A chegada dos portugueses trouxe um desequilíbrio para esses povos, pois tiveram que enfrentar uma lógica diferente, não baseada na convivência humana, mas no comércio e no lucro. A partir de 1535, com a implantação das capitânicas hereditárias, iniciou-se a invasão das terras e o trabalho escravo. Entretanto, esse projeto fracassou, pois os donatários não tinham como enfrentar a resistência indígena e os traficantes franceses.

Por isso, o rei dom João III propôs uma nova estratégia de ocupação: instalar um governo centralizado na Bahia, com uma estrutura civil-militar, que pudesse atender às capitânicas que sobreviveram, auxiliado pelo projeto missionário dos jesuítas, que visava a conversão e a submissão dos indígenas.

Em 1549, com o governador Tomé de Sousa, chegaram os primeiros missionários.

Os padres logo se destacaram, por não se casarem, por serem bem comedidos e por terem uma atuação religiosa semelhante à dos pajés. Por isso receberam o nome de *abaré* (VALLE, 1953, p. 63). O vocábulo, difícil tradução, parece trazer a ideia de “homem diferente”. Eram os novos pajés, que implantavam o cristianismo,

contrário aos costumes e valores ancestrais, como a guerra intertribal, a antropofagia e a poligamia.

Fase inicial das doenças respiratórias

As doenças nas aldeias da Bahia

Com os europeus chegaram novas doenças. Relatos dos jesuítas indicam uma primeira doença, de tipo respiratório, certamente, gripe, identificada como “tosse geral” (RODRIGUES, [17/3/1552], 1988, p. 145). Como toda enfermidade, foi tida como malefício, isto é, feitiço, trazido pelos estrangeiros, embora, inicialmente, acolhidos como seres superiores. Com o tempo, colonos e missionários passaram a ser recebidos com desconfiança. Os colonos foram também rejeitados pelos abusos que cometiam, sobretudo, com a escravização.

Numa aldeia da Bahia o padre Francisco Pires relatou que os indígenas “costumam ter medo de nós e escondem seus filhos (...) e não ousam fiar-se de todo, pelos enganos e males que até aqui receberam dos cristãos passados [dos primeiros colonos]” ([5/08/1552], In: LEITE, 1940, p. 148-149).

Nessa carta aparece a ligação dessa nova doença com os portugueses: “Em muitas aldeias não nos queriam ver e fugiam de nós, escondendo-se com seus filhos, pensando que logo haviam de morrer, com o grande medo que tinham de nós; e noutras partes queimavam pimenta [para afugentar], que dá um cheiro muito forte, e fumo que parece que afoga” ([5/08/1552], In: LEITE, 1940, p. 150).

Assim, em 1552 surge o primeiro registro de um surto em aldeias da Bahia. Coincidiu com a campanha que os missionários faziam contra a antropofagia. Muitos indígenas abandonavam essa prática, mas outros, pressionados pelas lideranças, mantinham os antigos costumes. Nas aldeias em que houve resistência a essa mudança, por coincidência, a doença espalhou-se, reforçando o discurso religioso dos missionários, que a classificavam como castigo divino. Era um apoio mágico na pregação que faziam, aliada à pouca compreensão que eles próprios tinham da enfermidade.

E sucedeu uma grande mortandade destes que tornaram atrás, porque assim pequenos, como grandes morriam e muitos mais dos pequenos, porque quis Nosso Senhor salvar os filhos que morriam no estado de inocência, [já] batizados, e com sua morte castigavam os pais, com que temiam o Senhor de maneira que por estes e outros castigos se vai pondo a terra em costume [cristão], que os que se querem batizar conhecem já que, se não viverem cristãmente que os castigará muito Nosso Senhor... (RODRIGUES, [17/3/1552], 1988, p. 142).

Tal discurso nos choca hoje, mas estava dentro da estratégia religiosa da “guerra de deuses”. A morte de uma criança poderia ser entendida como um castigo para os pais rebeldes às mudanças.

Na mesma carta, o missionário dá detalhes da enfermidade, mostrando ser de fato uma patologia respiratória. Apesar de várias vítimas fatais, ela desapareceu, supostamente, com as preces e cantos de meninos órfãos portugueses, que recentemente haviam chegado de Lisboa. Por causa de doenças que atingiam Lisboa havia um grande número de órfãos, recolhidos em abrigos. Por isso, os padres solicitaram o envio dessas crianças, que próximas das crianças indígenas, poderiam ajudar com eficiência na catequese. “Aconteceu que nesse meio tempo havia entre eles uma tosse geral de que muitos morriam, a qual de todo se foi [graças às orações], por onde ganharam grande crédito os meninos entre eles, e agora importunam que lh’os mandem lá” (RODRIGUES, [17/3/1552], 1988, p. 145).

Essa doença deve ter se espalhado por outras aldeias, pois, no ano seguinte, em 1553, o padre Luís da Grã notava a ligação que os indígenas faziam entre a doença e a adesão à cultura portuguesa:

(...) as mulheres tomam seus filhos, ainda que não são tão meninos, e os vão esconder nos matos, e muitos me procuravam estorvar com cantigas que elas cantam muito alto, para que seus filhos não ouvissem [nossa pregação]. E isso fazem com dizer que, fazendo-se *caraibas*, que assim chamam os cristãos, hão de morrer logo, porque nos dias passados permitiu Deus que os meninos batizados morressem pouco a pouco ([11/09/1553], In: LEITE, 1940, p. 163-164).

Naquela difícil conjuntura de novas doenças e mortes, com seus rituais e pregações exaltadas, os padres passaram a ser vistos como novos *caraibas*, mostrando-se tão poderosos quanto os tradicionais. “O seu intento é que lhe demos muita vida e saúde e mantimento sem trabalho, como os seus feiticeiros lhe prometem”. (PIRES, [5/06/1552], 1988, p. 149).

As doenças nas capitâneas do Sudeste

Na mesma época, os portugueses já haviam se instalado na capitania de São Vicente, no Sudeste, montando engenhos. Eram vizinhos da capitania do Rio de Janeiro, frequentada pelos franceses. Havia uma rivalidade histórica entre os Tamoio/Tupinambá do Rio de Janeiro, e os Tupi de São Vicente e de Piratininga. Para tornarem-se mais fortes com armas de fogo, os Tamoio aliaram-se aos traficantes franceses, e os Tupi, aos portugueses.

O canhoneiro alemão Hans Staden, que vivia num pequeno forte português na fronteira do território Tamoio, na atual Bertioga (SP), foi aprisionado por indígenas dessa região, em 1553.

No mesmo ano ocorreu um surto na área onde se encontrava, evidenciando que um vírus, possivelmente o da gripe, já circulava nessa capitania. O chefe que o mantinha prisioneiro pretendia sacrificá-lo, segundo a tradição tupinambá. Mas caiu doente na aldeia para onde se deslocara para realizar o ritual antropofágico. Todo embate verbal do momento foi feito com um discurso bastante religioso:

Pouco depois, veio o irmão [do chefe], sentou-se diante de mim e começou a se queixar, elevando a voz: “Meu irmão, minha mãe, o filho do meu irmão, todos eles ficaram doentes. Fui enviado para dizer-lhe que deve conversar com seu Deus para que todos recuperem a saúde. Meu irmão teme que seu Deus esteja zangado” (STADEN, [1557] 2004, p. 80).

Captando esse discurso, Staden lhe respondeu na mesma linguagem, esperando com isso negociar sua liberdade:

“Sim”, respondi, “meu Deus está muito zangado porque o chefe quer me comer e se mudou para Mambucaba [a aldeia da sua família] para fazer os preparativos. (...) Vá encontrar seu irmão e aconselhe que volte para a sua cabana, e então vou conversar com meu Deus para que devolva a saúde ao chefe” (STADEN, [1557] 2004, p. 80).

O cacique, apesar de debilitado, conseguiu retornar à sua aldeia com seus parentes enfermos. Staden ficou sem saber como agir, pois, temia que se os indígenas recuperassem a saúde, poderiam matá-lo. E se o chefe e os filhos morressem, a comunidade poderia ficar enfurecida, atribuindo-lhe aquela desgraça, levando-o à morte igualmente. Mas, com a insistência do chefe, que o via como um “pajé poderoso”, aceitou fazer orações, impondo as mãos sobre os doentes. Ao invés da cura, o grupo foi aos poucos morrendo: uma criança, a velha que fazia os vasilhames do ritual, o irmão do chefe e até a pessoa que fora buscá-los. A doença, assim disseminada, levou à morte cerca de quinze pessoas. (STADEN, [1557] 2004, p. 81-82).

Deve ter sido a mesma doença respiratória, pois um dos indígenas queixava-se que estava “doente do peito” (STADEN, [1557] 2004, p. 82).

Apavorado, e desejando que o chefe se recuperasse logo, intensificou as preces. O fato é que o cacique sobreviveu e, dessa forma, o alemão escapou da morte: “Após o terror da grande mortandade, e depois que aquele meu senhor tinha recuperado a saúde, não voltaram a falar do desejo de me matar” (STADEN, [1557] 2004, p. 83).

Staden mostrou-se também “poderoso” frente às intempéries, amainando chuvas. Com isso, passou a ter mais credibilidade. Finalmente, foi resgatado por traficantes franceses, retornando à Europa (STADEN, [1557] 2004, p. 112-113).

A fase aguda das doenças respiratórias

À medida que a conquista se firmava, as doenças aumentavam. Pelos relatos da época, percebe-se que foram disseminando-se a partir dos portos, por onde chegavam os europeus, como Bahia/Salvador, Paraíba, Ilhéus, Espírito Santo e Rio de Janeiro.

A epidemia na capitania do Rio de Janeiro

O primeiro local que registrou um forte surto foi o Rio de Janeiro, espalhando-se, depois, para a vizinha capitania do Espírito Santo, que ficava mais ao norte.

A epidemia deve ter sido trazida por colonos franceses, que chegaram ao Rio de Janeiro em novembro de 1555, com o objetivo de instalar a França Antártica. Permaneceram doze anos na baía de Guanabara, graças à aliança com os Tamoio.

Embora chamados de *Maira* e vistos como pessoas poderosas, não ficaram imunes a um surto que ocorreu em 1556. Era uma febre ligada às vias respiratórias, certamente a mesma gripe que atingia outros pontos do litoral (THEVET, ([1558] 2009, p. 84).

Naquele tempo certa moléstia contagiosa grassava por toda a parte estranhamente, e muitos dentre nós morriam dela. Dos selvagens, um número infinito, aos quais fiz ver [aos indígenas] que *Toupan* [Tupã] os punia pelos furtos que faziam em nossas cabanas e que estávamos mal satisfeitos com eles. Mas como o mal piorasse, eles creram que era nosso capitão ou eu, que os fazíamos morrer. (...) A mortandade durou muito tempo e fez grande estrago entre os selvagens, de modo que quase não havia braços para cortar o pau-brasil e carregá-lo até os navios que permaneciam ancorados à espera, por falta de quem os carregasse (THEVET, ([1558] 2009, p. 85; 87).

Ao visitar a aldeia de um cacique importante que ficara doente, acompanhado do capitão Nicolas Villegagnon, o frade manteve esse discurso, afirmando que aquela enfermidade era um castigo divino para punir os furtos que os indígenas praticavam. Como esse malefício parecia ser muito além de atos que eram

aceitos na cultura indígena, os Tamoio se mostravam irritados. Percebendo que suas vidas corriam perigo, o religioso passou a ter uma fala mais suave, afirmando que “eram amigos de Tupã, e que nem o rei [o cacique] e seus filhos pereceriam”. O desespero tomara conta da aldeia e muitos suplicavam: “Faça com que eu não morra” (THEVET, ([1558] 2009, p. 86).

Depois da oração, tocando o pulso dos enfermos, os indígenas começaram a melhorar. Diante disso, foram devolvendo as pequenas coisas que tinham furtado e levavam os objetos “dependurados na ponta de um arco ou qualquer outro bastão, temendo morrer se se de novo lhe tocassem” (THEVET, ([1558] 2009, p.86).

O frade escreveu que “cerca de oito mil selvagens” morreram, atingindo, sobretudo, os *morubixaba* (p. 86-87). Esse grupo foi mais vitimado devido à idade, pois as lideranças eram escolhidas entre os mais velhos.

Cunhambebe, um dos caciques mais destacados da região, foi uma das vítimas, embora morasse mais distante, em Ariró, aldeia que ficava perto da ilha Grande, a cerca de oitenta quilômetros da baía da Guanabara (STADEN, [1557] 1999, p. 72).

Dele deixou Thevet uma simpática descrição:

Esse homem, do qual vos dou aqui o retrato, era robusto, de membros fortes, com uns oito pés de altura, e o mais ousado, cruel e temido de todos os reis [caciques] das províncias vizinhas. Tanto era belicoso, em defesa do país de onde provinha, como cordato e avisado em matéria de guerra e cheio de bom senso ([1558] 2009, p. 85; 87).

A epidemia na capitania do Espírito Santo

Em 1559, a doença atingiu a capitania do Espírito Santo. Possivelmente, era o mesmo vírus que se espalhou, como registrou um jesuíta. A doença começou no “sertão e costa desde o Rio de Janeiro” chegando até Itapemirim, no Espírito Santo (ANÔNIMO I, [1559], 1988, p. 233).

Esse registro indicava que era *prioris*, nome genérico dado, no século XVI, às doenças respiratórias. A carta revela ainda o

aparecimento de *câmaras de sangue*, uma disenteria hemorrágica de origem não identificada (ANÔNIMO I, [1559], 1988, p. 234).

Segundo o mesmo relato, alguns indígenas imaginavam que ficariam livres desse flagelo refugiando-se entre os *caraíbas*, isto é, entre os portugueses, que ainda eram vistos como pessoas poderosas. Assim “se vieram para esses com mulheres e filhos”, sendo batizados os que estavam para morrer (ANÔNIMO I, [1559], 1988, p. 234).

Entretanto, as lideranças mais tradicionais tinham um discurso diferente, “dizendo que naquela água [do batismo] ia também a morte, (...) e escondiam-se nas redes e as mães escondiam os filhos” (ANÔNIMO I, [1559], 1988, p. 234).

Diante dessa resistência, os jesuítas interpretavam como um trabalho diabólico. Escrevendo que era “por força do Demônio, [que alguns] se alevantavam e pediam água para se lavarem [para limpar-se do batismo]” (ANÔNIMO I, [1559], 1988, p. 234).

O surto resultou em alta mortalidade. Numa única aldeia foram enterradas treze pessoas. Esse jesuíta anônimo registrou que se “botavam dois em uma cova”, pois não alcançavam atender a todos que morriam. No balanço geral, contou-se cerca de 600 mortos (ANÔNIMO I, [1559], 1988, p. 233-234). Entretanto, registrou que morreram apenas setenta crianças, (ANÔNIMO I, [1559], 1988, p. 235). Embora esse número seja alto – cerca de 10% dos óbitos --, as crianças eram menos afetadas do que os adultos, tal como na atual pandemia do Covid 19.

Diante da inusitada mortandade, a resposta dos missionários continuava sendo religiosa, apelando às forças celestes: “Durante por alguns dias este castigo ou, por melhor dizer, a misericórdia, determinamos fazer uma procissão e pedir ao Senhor que alevantasse a vara [a punição]” (ANÔNIMO I, [1559], 1988, p. 235).

As epidemias na capitania da Bahia

Com a chegada de Mem de Sá, o terceiro governador geral, em 1557, iniciou-se de forma mais efetiva a implantação da colônia a partir da Bahia. Entre as primeiras medidas, autorizou a criação de

aldeamentos cristãos, pois inicialmente os missionários faziam um trabalho religioso volante. A medida visava tornar os indígenas sedentários, afastando-os das guerras intertribais, aumentando também as roças, que iam abastecer as vilas e facilitar a catequese (PIRES, [19.07.1558], 1988, p. 225).

Dessa forma surgiram as missões ou “igrejas”, como denominaram os jesuítas. Em 1557 foi implantada a missão de São Paulo, que reuniu quatro aldeias, com uma população em torno de duas mil pessoas, próximo ao rio Vermelho, onde já havia roças. Com o apoio do governador, foi também erguida uma grande igreja para acolher os indígenas da missão (NÓBREGA, [1559], 1988, p. 203-204).

Ainda em 1557 surgiram mais duas missões: Santiago, a três léguas (18 km) da vila da Bahia, com uma população de cerca de quatro mil pessoas, e São João Evangelista, a quatro léguas (24 km), reunindo quatro aldeias, com uma população semelhante. Essa missão, por motivo não esclarecido, ficou repentinamente desabitada, pois seus moradores fugiram para o sertão (PEREIRA, [15.09.1560], 1988, p. 291). A quarta missão, a do Espírito Santo, a oito léguas (48 km) da vila, já perto do litoral, tinha população estimada em cinco mil pessoas, pois como escreveu Nóbrega, “há mais gente junta que em todas” ([1559], 1988, p. 204).

Outras aldeias foram agrupadas em duas “grandes povoações”, mas sem igreja, pois não havia padres que pudessem exercer as atividades religiosas (PEREIRA, [15.09.1560], 1988, p. 205).

Entre 1560 e 1561, surgiram mais sete missões: Santo Antônio, em Rembé, a nove léguas (54 km) da vila, com mais de duas mil pessoas; São João Evangelista, que foi retomada com novos indígenas a seis léguas (24 km) da vila, com quatro mil pessoas; Bom Jesus, em Tutuapara, a 12 léguas (72 km) da vila, que reuniu cerca de quatro mil pessoas; foram instaladas algumas outras, porém mais distantes, São Pedro, a 24 léguas (144 km) da vila, e Santo André, a 34 léguas (204 km), perfazendo as duas missões oito mil pessoas; São Miguel, em Taperaguá, com duas mil pessoas e Nossa Senhora da Assunção, em Tapepitanga, com quatro mil pessoas, sendo que dessas duas últimas não é indicada a distância

em relação à vila da Bahia ([CAXA, 1583], in ANCHIETA, 1989, p. 160; MARCHANT, 1980, p. 95).

Verifica-se que, de 1557 a 1561, foram reunidos em onze missões cerca de 37 mil indígenas, com uma média de 4.000 pessoas por missão. Dessas missões, oito ficavam próximas à vila da Bahia, e três, mais distantes. Essa proximidade favorecia o intercâmbio com os colonos, facilitando também a disseminação de doenças.

Se o aldeamento dava certa proteção aos indígenas contra a cobiça dos portugueses em busca de escravos, em contrapartida, liberava as terras para os colonos (NÓBREGA, [1559], 1988, p. 210).

O que parecia ser uma boa estratégia colonial e missionária, foi um desastre para as populações nativas do ponto de vista sanitário. As missões os indígenas não podiam abandonar, queimando as casas, como faziam tradicionalmente, tornando-se um foco de contágio. Nesse período foram registrados três grandes surtos nos anos de 1560, 1562 e 1563.

O surto de 1560

Pelo relato do padre Ruy Pereira, essa epidemia foi desencadeada a partir da missão do Espírito Santo, na região da Bahia, não sendo contida, pois o tratamento era bem rudimentar. Até os jovens mais robustos morriam em uma semana. Devia ser uma doença respiratória, pois os indígenas se queixavam de “pontadas [no peito?] e dores”:

Por este [missão do] Espírito Santo começou aqui como ramo da peste entre estes Índios desta igreja [missão], que morreram assim de grandes como de pequenos em breve tempo, até sessenta ou mais. E fora os que deles eram cristãos, vinte e tantos dos que acima disse, foram batizados no artigo [momento] da morte, e era coisa para haver piedade vê-los morrer sem lhes poder dar remédio porque, posto que trabalhamos todo o possível com sangrias, com mandar pedir muitas laranjas a quem sabíamos que as tinha, e açúcar por esses engenhos, e posto que nos proviam de tudo com muita caridade, todavia as doenças iam por diante, e tomava-os tão rijo,

com pontadas e dores, que posto que fosse um mancebo mui robusto, em quatro ou oito dias lhe tirava a vida ([15.09.1560], 1988, p. 284).

As mortes eram muitas: “Era enterrado cada dia ora um, ora dois, ora três, ora quatro, e, às vezes, levávamos dois de um caminho [de uma rua da missão]” (PEREIRA, [15.09.1560], 1988, p. 285).

Os padres admiravam-se que, apesar da virulência dessa enfermidade, nenhum deles a contraíra. Isso mostra que já possuíam imunidade, por terem, certamente, convivido com ela em Portugal.

Muitos indígenas continuavam inseguros, achando que “o batismo matava” (PEREIRA, [15.09.1560], 1988, p. 286). Mas, diante de vários doentes que conseguiam se recuperar, supostamente pelo poder dos novos *caraibas*, voltavam a pedir o batismo “para viverem muito e sararem” (PEREIRA, [15.09.1560], 1988, p. 286).

É possível que esse surto tenha sido desencadeado com um navio vindo da África, que chegou em meados de 1560. Padre Ruy Pereira afirma que “as enfermidades na nau foram tão gerais, que adoeceram mais de quatrocentas pessoas, das quais algumas morreram” ([15.09.1560], 1988, p. 295). Não está claro se as mortes eram de pessoas que vieram nessa embarcação. Caso positivo, supõe-se então que já era um navio negroiro.

O surto de 1562

Padre Quiricio Caxa, provável autor do texto *Informação dos Primeiros Aldeamentos da Bahia*, escreveu que, em 1562, houve novo surto, que atingiu tanto os indígenas das missões, como os escravos dos portugueses (In: ANCHIETA, [1583], 1989, p. 162).

Não se sabe se esse surto ocorrera em continuidade da epidemia do ano anterior ou por uma nova onda vinda de Portugal. Hemming afirma que, em 1561, houve nesse país uma epidemia que teria matado cerca de quarenta mil pessoas, embora não especifique a enfermidade (2007, p. 219).

Nessa última doença, que perdurou cerca de três meses, a mortalidade foi tão alta que ceifou trinta mil vidas. As oito missões

próximas à vila da Bahia foram reduzidas a cinco ([CAXA], in: ANCHIETA, [1583], 1989, p. 162).

Se não bastasse essa enfermidade, houve um boato propagado por um mameluco, que afirmava que Mem de Sá iria atacar as missões de Taperaguá, Tapepitanga e Itaparica, como fizera contra os Caeté no nordeste da Bahia. A partir dessa notícia, ocorreu uma fuga em massa, contribuindo para o esvaziamento das missões. ([CAXA], in: ANCHIETA, [1583], 1989, p. 162).

Fugindo da doença, muitos indígenas foram para aldeias do interior, levando o vírus. A consequência trágica foi a fome que grassou na região, pois mais fracos, não tinham como fazer roças e alimentar-se.

A epidemia de Varíola

Com a população enfraquecida pela doença e pela má alimentação, em 1563 eclodiu novo surto, mas de outra terrível doença, a varíola. “Peste tão estranha, que por ventura nunca nestas partes houve outra semelhante” (VALLE, ([12.05.1563], 1988, p. 408).

Segundo o citado missionário, a enfermidade foi disseminada a partir de um navio que chegara a Ilhéus, vindo de Portugal, no início de 1563. Na visão religiosa dos jesuítas essa epidemia foi identificada como um castigo de Deus, pelo fato de os indígenas estarem seguindo um *caraiíba*, que passava pelas aldeias do sertão do Paraguaçu (VALLE, ([12.05.1563], 1988, p. 408).

Convém notar que o *caraiíba* indígena tornara-se o grande inimigo dos missionários, pois dele vinha a maior resistência contra a missão católica. Isso se pode ler em cartas dos jesuítas, sobretudo, as de Anchieta, que se confrontara com um deles em São Paulo de Piratininga. Aquele rezador teria sido o mentor do ataque que os Tupi iriam fazer contra essa missão um tempo depois ([30.04.1557] 1984, p. 119-120).

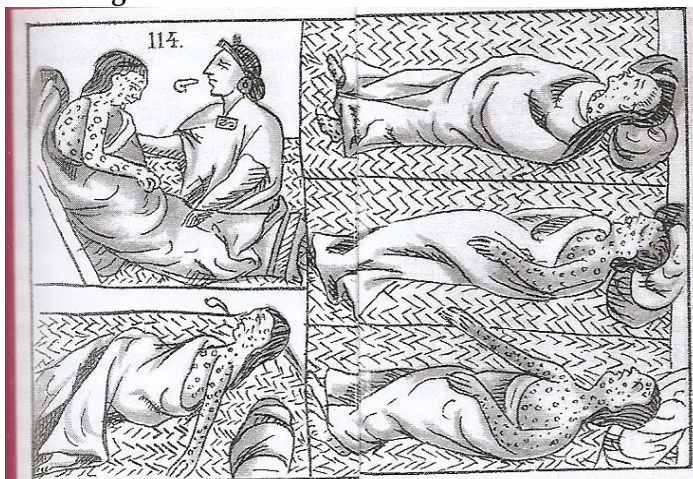
Anchieta também enfrentou a varíola na missão de São Paulo. Já havia identificado dois tipos: uma varíola branda e outra agressiva. A branda seria a que hoje chamamos de varicela ou

catapora. “Não tem perigo e facilmente saram” ([8.01.1565], 1984, p. 250). A outra, a varíola, “é coisa terrível”. Dela fez uma descrição muito realista:

Cobre-se todo o corpo dos pés à cabeça de uma lepra mortal, que parece couro de cação e ocupa logo a garganta por dentro e a língua, de maneira que com muita dificuldade se podem confessar e em três ou quatro dias morrem. Outros vivem, mas fedendo-se todos e quebra-lhes a carne de pedaço a pedaço com tanta podridão de matéria, que sai deles um terrível fedor, de maneira que acodem-lhes as moscas como à carne morta e apodrecida sobre eles, e lhe põem gusanos, que, se não lhes socorressem, vivos os comeriam (VALLE, [8.01.1565], 1984, p. 251).

Essa epidemia atingiu inicialmente a Bahia, começando nas missões ao sul de Salvador, como Nossa Senhora da Assunção, em Camamu, e São Miguel, em Ilhéus. Logo alcançou a missão de Santa Cruz, na ilha de Itaparica, mais próximo da vila da Bahia. Segundo o padre Leonardo do Valle, num primeiro momento, ela se estacionou em Itaparica, por ser uma ilha, tornando-se o mar uma barreira natural (VALLE, [12.05.1563], 1988, p. 409).

Figura 2 - Varíola entre os Astecas do México



Fonte: Códice asteca, séc. XVI, in: CIMI, 2001, p.87.

Pelo relato desse missionário, a doença alcançou também aldeias do interior, na região do Paraguaçu, levando a uma grande fome seus moradores, pois não conseguiam fazer as roças.

A mortandade era tal que havia casa [aldeia] que tinha 120 doentes e a uns faltavam já os pais, a outros os filhos e parentes e, o que pior é, as mães, irmãs e mulheres, que são as que fazem tudo – tirando [exceto] derrubar o mato, que é [tarefa] dos homens – e delas é plantar, mondar [limpar a roça] e colher e fazer farinha e cozinhar; pelo que, faltando elas, não havia quem olhasse pelos doentes, nem quem fosse dar um cabaço d'água à fonte (VALLE, [12.05.1563], 1988, p. 409).

A doença atingira também as gestantes e “quase nem uma escapava por toda a terra, nem menos as crianças” (VALLE, [12.05.1563], 1988, p. 410). Sem parteiras que pudessem assistir às mulheres, “umas pariam na rua e outras no monturo [no lixo]. E, na expressão do jesuíta, “se morriam doze, caíam vinte [contaminados]”. E prosseguia o relato: “Finalmente chegou a coisa a tanto, que já não havia quem fizesse covas e alguns enterravam pelos monturos e arredor das casas e tão mal enterrados, que os tiravam os porcos, e se os padres não puseram nisso cobro, foram ajudas para a peste mais se acender” (VALLE, [12.05.1563], 1988, p. 410).

Os que sobreviveram no interior, vinham para a vila da Bahia, oferecendo-se aos portugueses como escravos, para não morrer de fome:

(...) e com isso [ocorreu] grande fome, em que morreu muita gente, e dos que ficavam vivos, muitos se vendiam e iam se meter por casa dos portugueses a se fazer escravos, vendendo-se por um prato de farinha, e outros diziam que lhes pusesse ferretes [ferros que indicavam ser cativos], que queriam ser escravos: foi tão grande a morte que deu nesse gentio, que se diz que entre escravos e índios forros [livres] morreriam trinta mil no espaço de dois ou três meses ([CAXA], in ANCHIETA, [1583], 1989, p. 162).

Esta passagem está na *Informação dos primeiros aldeamentos da Bahia*, de 1583, equivocadamente atribuída ao padre Anchieta, pois o provável redator seria o padre Quirício Caxa. Nesse texto, o fato acima foi situado durante o surto de 1562. Mas, na realidade, ocorreu na epidemia de varíola, de 1563, como registrou a citada carta do padre Leonardo do Valle ([12.05.1563], 1988, p. 409). Como testemunha ocular, este seu depoimento tem mais credibilidade, pois o texto do padre Caxa foi escrito vinte anos depois a partir de relatos de terceiros (Ver MARCHANT, 1980, p. 102).

Depois de um tempo, a doença chegou à vila da Bahia, contaminando os indígenas escravos das fazendas e os negros da Guiné, sendo que estes “lhes morriam em dois, três dias, sem aproveitarem sangrias nem medicinas” (VALLE, [12.05.1563], 1988, p. 409).

Negros da Guiné era o nome genérico dado aos africanos escravizados. Tal informação é importante, pois mostra que já na década de 1560 era significativa a presença de africanos nas fazendas da Bahia, visando substituir a mão de obra indígena. Mesmo antes das epidemias, os indígenas viviam pouco, num regime de escravidão, vítimas do trabalho extenuante e de cruéis castigos.

As missões que estavam próximas à vila foram também atingidas. O missionário relata que houve aldeia “onde morriam noventa e cem peças, e outras onde não ficou quem fosse pela água [buscar] à fonte” (VALLE, [12.05.1563], 1988, p. 409).

Fazendo um balanço das três primeiras missões atingidas, afirma que morreu uma terça parte de seus moradores. E na missão de Nossa Senhora da Assunção, em Camamu, teria morrido cerca de 1.080 indígenas, numa população de quatro mil moradores, o que representa uma quarta parte. E acrescentava: “Não era nada em comparação da mortandade que ia pelo sertão adentro” (VALLE, [12.05.1563], 1988, p. 410).

A epidemia continuou se alastrando: “Já deu em duas de nossas igrejas [missão], *scilicet* [a saber]: em São Paulo e Santiago, onde é morta grande soma de gente em mui poucos dias” (VALLE, [12.05.1563], 1988, p. 410).

A doença chegara também às aldeias que ficavam na parte norte da capitania, como relatou um jovem, procedente de Pernambuco: “(...) viera resgatando [comercializando] ao longo da costa e por ela vira tanta destruição, que se não podiam enterrar uns aos outros e onde antes havia quinhentos homens de peleja [guerreiros], havia agora vinte” (VALLE, [12.05.1563], 1988, p. 412).

Na missão de Santiago muitos entraram em profunda depressão, o que levava à morte, como costumava ocorrer entre indígenas, que eram pessoas bem sensíveis: “Muito trabalho nos dá a imaginação desta gente nos tais tempos de doenças, porque quase tantos, parece, morrem dela como com a peste” (VALLE, [12.05.1563], 1988, p. 414).

Em 1583, vinte anos depois desse surto, no citado texto sobre os aldeamentos da Bahia, padre Caxa faz um sombrio balanço dessa tragédia:

A gente que de vinte anos a esta parte é gastada nesta Bahia parece coisa que não se pode crer; porque nunca ninguém cuidou, que tanta gente se gastasse nunca, quanto mais em tão pouco tempo; porque nas quatorze igrejas [missões], que os padres tiveram, se juntaram quarenta mil almas, (...) das quais se agora as três igrejas que há tiverem 3.500 almas será muita (In: ANCHIETA, [1583] 1989, p. 176).

Esse mesmo relato afirmava que um oficial da Câmara havia trazido do sertão para as fazendas da Bahia cerca de vinte mil indígenas. E outros portugueses continuavam realizando “entradas”, com levadas que variavam de dois e três mil indígenas. Afirmou que a Bahia, isto é, a região da atual Salvador, chegou haver uma população de oitenta mil indígenas. E concluía de forma melancólica:

Vão ver agora os engenhos e fazendas da Bahia, achá-los-ão cheios de negros da Guiné e mui poucos da terra e se perguntarem por tanta gente [indígena], dirão que morreu, donde se bem mostra o grande castigo de Deus dado por tantos insultos como são feitos e se fazem a esses índios, porque os portugueses vão ao sertão, e enganam esta gente, dizendo-lhes que se venham com eles para o mar, e que estarão em suas aldeias

[próximos da vila] como estão em suas terras, e que seriam seus vizinhos. Os índios crendo que é verdade, veem-se com eles, e os portugueses por se os índios não se arrependerem lhes desmancham logo todas suas roças, e assim os trazem, e chegando ao mar, os repartem entre si, uns levam as mulheres, outros os maridos, outros os filhos e os vendem (ANCHIETA, [1583] 1989, p. 177).

O jesuíta não conseguiu ter um olhar mais realista sobre o poder dessas doenças, que ceifavam a vida de tantos indígenas, devido à limitação científica da época. Por isso manteve um discurso religioso para denunciar a prática escravista dos portugueses. Não deixa de ser um importante texto, pois revela a tragédia que se abateu sobre os indígenas da Bahia, na segunda metade do século XVI e que atingiu depois as regiões litorâneas do nordeste e leste do Brasil.

A varíola na capitania de São Vicente

Além da Bahia, a varíola atingiu no sudeste a capitania de São Vicente, em 1564. Deve ter sido disseminada pela esquadra de Estácio de Sá, sobrinho do governador Mem de Sá, enviado ao Rio de Janeiro para consolidar o domínio português, após a expulsão dos franceses.

Com número reduzido de portugueses e indígenas aliados, não se sentia seguro para realizar a empreitada. Por isso foi a São Vicente, no final de abril de 1564, buscar um reforço de indígenas aliados, tendo chegado, em maio, ao planalto de Piratininga, onde estava localizada a missão de São Paulo (WETZEL, 1972, p. 104-105).

Possivelmente, pessoas que vieram com o comandante tinham a varíola, pois esta se alastrou na missão de São Paulo de Piratininga em setembro daquele ano. O registro foi feito pelo padre Anchieta, numa importante carta ao superior geral dos jesuítas ([8.01.1565] 1984, p. 250).

Esse missionário, que estava nas aldeias de Itanhaém, no litoral, atendendo a uma doença não especificada que atingia

principalmente crianças, foi chamado ao planalto de Piratininga, por ter fama de ser bom “cirurgião” (WETZEL, 1972, p. 250-251).

Chegando à missão de São Paulo, encontrou um quadro alarmante:

Ali se recrudescera muito esta enfermidade, de maneira que, em breve espaço, morreram muitos e a maior parte foram meninos inocentes, de que cada dia morriam três, quatro, e às vezes mais, que para povoação tão pequena foi boa renda para Nosso Senhor. Dos adultos, morreram alguns batizados. (...) Dava nas mulheres pejudas [grávidas], e morriam elas e os filhos, os quais se batizavam, salvo um que, porque nasceu sem nariz e com não sei que outras enfermidades, o mandou logo um irmão de seu pai enterrar sem nolo fazer saber, que assim fazem a todos os que nascem com alguma falta ou deformidades, por isso mui raramente se acha algum coxo, torto ou mutilado nessa nação (WETZEL, 1972, p. 251).

Com sua visão religiosa, encarava a morte das crianças batizadas como um ganho espiritual, pois iam diretamente ao céu.

O tratamento usado na ocasião era a sangria. Alguns indígenas rejeitavam-na, pois acreditavam que, em vez de sarar, levava à morte. Em vários enfermos, quando não era possível fazê-la, realizava-se uma limpeza cirúrgica das feridas, de forma bem rudimentar: “Esfolei parte das pernas e quase todos os pés, cortando-lhes a pele corrupta com uma tesoura, ficando em carne viva, coisa lastimosa de ver, e lavando-lhes aquela corrupção com água quente, com o que, pela bondade do Senhor, sararam” (WETZEL, 1972, p. 252).

Após esse surto, com os indígenas sadios de Piratininga e de São Vicente, Estácio de Sá partiu para o Rio de Janeiro, em 22 de janeiro de 1565, acompanhado do padre Anchieta. Assim conseguiu a consolidação da conquista portuguesa (WETZEL, 1972, p. 106).

A varíola nas capitanias do Norte

Pela documentação jesuítica, depois dos surtos que atingiram a Bahia e Pernambuco, ocorreu uma trégua sanitária. Os que sobreviveram, devem ter sido pela chamada “imunidade de rebanho”. Apesar da falta de registros mais precisos, é possível acreditar que cerca de 70% da população indígena das capitanias da Bahia e Ilhéus tenham morrido.

No extremo do Nordeste do Brasil havia um povo Tupi bastante numeroso, os Potiguara. Ocupava todo litoral, Paraíba, Rio Grande do Norte e Ceará e uma parte do interior da Paraíba. Por serem inimigos dos portugueses, viviam mais distantes das vilas e assim mantiveram-se saudáveis.

O relacionamento com os lusitanos sempre foi conflituoso, tornando-se por isso aliados dos franceses, muito presentes na região pelo tráfico de pau-brasil (HEMMING, 2007, p. 246-251). Correndo o risco de perder aquelas paragens, os portugueses decidiram ocupá-las em 1574. Mas somente em 1584 partiu da Bahia uma armada com nove navios, que alcançou a Paraíba, como relata um jesuíta anônimo que fez uma importante crônica da fase inicial dessa guerra (ANÔNIMO II, [1590], 2010, p. 38).

Os combates com os Potiguara ocorreram num primeiro momento no litoral, seguindo depois para o agreste, na região de Capaoba, localizada entre serras. O cronista afirma que lá existia cerca de 50 aldeias, com uma população que podemos estimar em 20 mil pessoas (ANÔNIMO II, [1590], 2010, p. 96).

Apoiados pelos franceses, os Potiguara resistiram por três anos, até 1587 (ANÔNIMO II, [1590], 2010, p. 110). Fragilizados, deslocaram-se para o atual Rio Grande do Norte, onde puderam se reorganizar.

A guerra foi retomada, mas eis que surge uma epidemia de varíola, chamada também *bexiga*, no início de 1598, trazida certamente por combatentes portugueses vindos da Bahia. A doença atingiu os dois lados beligerantes, que foram obrigados a

suspender os combates. As informações são poucas, sendo este fato registrado por frei Vicente do Salvador:

Mas aos que fugiam aos inimigos, não fugiu à doença das bexigas, que é a peste do Brasil, antes deu tão fortemente em os nossos índios e brancos naturais da terra, que cada dia morriam dez ou doze, pelo que foi forçado ao governador Feliciano Coelho fazer volta à Paraíba para se curarem, e os capitães se foram para Pernambuco com a sua gente que pôde andar, dizendo que cessando a doença, tornariam ([1627], 1982, p. 268).

As vítimas foram os indígenas e os “naturais da terra”, isto é, os mestiços, por não terem imunidade contra a doença. Mais uma vez verifica-se que os portugueses eram resistentes a essa enfermidade.

É possível que essa epidemia tenha apressado o final dessa longa guerra, embora houvesse também uma forte pressão das mulheres indígenas:

(...) enfadadas [cansadas] de andar com o fato [com os utensílios] continuamente às costas, fugindo pelos matos sem se poderem gozar de suas casas nem dos legumes que plantavam, traziam os maridos ameaçados que se haviam de ir para os brancos, porque antes queriam ser suas cativas que viver em tantos receios de contínuas guerras e rebates (ANÔNIMO II, [1590], 2010, p. 273).

A 11 de junho de 1599, após quinze anos de lutas, foi celebrado, na Paraíba, um tratado de paz com os sobreviventes Potiguara (ANÔNIMO II, [1590], 2010, p. 274).

Conclusão

O século XVI foi trágico para os povos indígenas na América. Alguém teria comparado à passagem dos quatro cavaleiros do Apocalipse, já que foram atingidos pela escravidão, pelas doenças, que levavam à fome e à morte (Ap 6,2-8). De fato, os indígenas tiveram

que enfrentar os quatro agentes destruidores: os que escapavam da perda da terra eram pegos como escravos. E os que se refugiavam nos aldeamentos missionários eram atingidos pelas doenças.

A destruição e morte dos povos indígenas da região litorânea foi enorme.

Embora o governo colonial português não se preocupasse com estatísticas, por ocasião da publicação do *Directorio* pombalino (1756), na Bahia, foi feito um importante levantamento das aldeias, intitulado *Mapa curioso que contém não vulgares notícias de muitas aldeias de índios que, por ordem régia, são hoje vilas*. Era uma listagem para identificar, certamente, o que os civis poderiam confiscar, quando ocorreu a expulsão dos jesuítas. Tal elenco aparece na obra de Capistrano de Abreu, *Capítulos de História Colonial*, na edição de 1963, sem indicar o autor (p. 193). Mas na edição de 1969, é registrado o nome de Luiz dos Santos Vilhena (1744-1814), historiador luso-baiano, que elaborou a importante obra, *Recopilação de notícias soteropolitanas e brasílicas* (1802), que traria essa lista.

Nesse levantamento já não aparece nenhuma aldeia da região do recôncavo baiano, identificadas no século XVI. São registradas apenas três aldeias da região de Ilhéus, com remanescentes de povos de língua tupi, como os Paiaiaá, os Tupinikim e os Tobajara. Os Tupinambá não são mais identificados.

O impacto das doenças foi tão forte, que os vocábulos *peste*, *moléstia*, *bexiga*, permanecem até hoje no linguajar popular nordestino com o significado de ruim e nocivo. Tais são as expressões, *trabalho da moléstia*, *trabalho da bexiga*, *seu bexiguento*, *cabra da peste*, entre muitas.

Outras doenças surgiram, posteriormente, continuando essa trajetória de morte, como o sarampo, a tuberculose e a sífilis.

Referências

ABREU, João Capistrano de. **Capítulos de História Colonial (1500-1800) & Os Caminhos Antigos e o Povoamento do Brasil**. 5ª ed.,

Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1963. Col. Biblioteca Básica Brasileira, v. 2.

_____. **Capítulos de História Colonial (1500-1800)**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Soc. Capistrano de Abreu/Livraria Briguet, 1969.

AYALA, Francisco, *A malária trazida pelos navios negreiros*. **Proceedings of the National Academy of Science-PNAS**, California, 2012. In: bbc.com/Portuguese/noticias/2012/01/120102_malaria_navio_negreiro_pesquisa_mm. Acesso em 01.09.2021

ANCHIETA, Pe. Joseph de. **Cartas. Correspondência ativa e passiva**. São Paulo: Loyola, 1984. Obras completas, vol. 6.

ANÔNIMO I. Carta de 1559. In: NAVARRO E OUTROS, **Cartas avulsas**. [1931]. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Edusp, 1988, p. 233-236. Col. Reconquista do Brasil (2ª. série), v. 148.

ANÔNIMO II. **História da Conquista da Paraíba**. [c. 1590] Brasília: Senado Federal, 2010. Col. Edições do Senado Federal, v. 73.

CASANOVAS, Pe. Afonso. **Noções de Língua Geral ou Nheengatú**. São Gabriel da Cachoeira, 2000.

[CAXA, Quirício] Informação dos primeiros aldeamentos da Bahia. In: ANCHIETA, Pe. José de. **Textos Históricos**. São Paulo: Loyola, 1989, p. 153-180. Obras completas, vol. 9.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO-CIMI. **Outros 500**. Construindo uma nova História. São Paulo: Salesiana, 2001.

CUNHA, Antônio Geraldo da. **Dicionário Histórico das Palavras Portuguesas de Origem Tupi**. 3a. ed. São Paulo: Melhoramentos; Edusp, 1989.

D'ABBEVILLE, Claude. **História da Missão dos Padres Capuchinhos na Ilha do Maranhão e Terras Circunvizinhas**. [1614] Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Edusp, 1975. Col. Reconquista do Brasil, v. 19.

FERNANDES, Florestan. **A Organização Social dos Tupinambá**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Brasília: Editora UnB, 1989.

- HEMMING, John. **Ouro Vermelho**. São Paulo: Edusp, 2007.
- LÉRY, Jean de. **Viagem à Terra do Brasil**. [1578] 2ª ed. São Paulo: Martins Ed.; Edusp, 1972. Col. Biblioteca Histórica Brasileira.
- MARCHANT, Alexander. **Do escambo à escravidão**. 2ª. ed. São Paulo: Comp. Ed. Nacional; Brasília: INL/MEC, 1980. Col. Brasileira, v. 225.
- MELO, José A. Gonsalves de. **Diálogo das grandezas do Brasil**. [1618], 2ª. ed. Recife: Imprensa Universitária, 1966.
- MENINOS DO COLÉGIO DA BAÍA, carta de 5.08.1552. In: LEITE, Serafim. **Novas Cartas Jesuíticas**. São Paulo: Comp. Ed. Nacional, 1940, p. 141-153. Col. Brasileira, série 5ª, v. 194.
- MÉTRAUX, Alfred. **A religião dos Tupinambás**. 2ª. ed. São Paulo: Comp. Ed. Nacional; Edusp, 1979. Col. Brasileira, v. 267.
- NÓBREGA, Manoel da. **Cartas do Brasil**. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Edusp, 1988. Col. Reconquista do Brasil (2ª. série), v. 147.
- PEREIRA, Ruy, carta de 15.09.1560. In: NAVARRO e OUTROS, **Cartas avulsas**. [1931], p. 281-297. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Edusp, 1988, p. 281-297. Col. Reconquista do Brasil (2ª. série), v. 148.
- PIRES. Antônio, carta de 2.08.1551. In: NAVARRO e OUTROS, **Cartas avulsas**. [1931]. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Edusp, 1988, p. 101-110. Col. Reconquista do Brasil (2ª. série), v. 148.
- _____. Carta 19.07.1558. In: NAVARRO e OUTROS, **Cartas avulsas**. [1931]. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Edusp, 1988, p. 224-228. Col. Reconquista do Brasil (2ª. série), v. 148.
- [RODRIGUES, Vicente, carta de 17.03.1552. **Cartas avulsas**. [1931]. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Edusp, 1988. Col. Reconquista do Brasil (2ª. série), v. 148.
- SALVADOR, Frei Vicente do. **História do Brasil, 1500-1627**. [1627] 7ª ed. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Edusp, 1982. Col. Reconquista do Brasil (Nova série), v. 49.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. **História Geral da medicina brasileira**. São Paulo: Hucitec; Edusp, 1977.

STADEN, Hans. **A verdadeira história dos selvagens nus, ferozes, devoradores de homens (1548-1555)**. [1557], 5ª ed. Rio de Janeiro: Dantes, 2004.

SOARES DE SOUSA, Gabriel. **Tratado Descritivo do Brasil em 1587**. [1587] 5ª ed. São Paulo: Comp. Ed. Nacional; Brasília: MinC/Pró-Memória/INL. Col. Brasileira, v. 117.

THEVET, André. **As singularidades da França Antártica**. [1558] Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Edusp, 1978. Col. Reconquista do Brasil, v. 45.

_____. **A Cosmografia Universal de André Thevet, cosmógrafo do rei**. [1575] Rio de Janeiro: Fundação Darcy Ribeiro, 2009. Col. Franceses no Brasil, séc. XVI e XVII.

VALLE, Leonardo do. Carta de 12.05.1563. NAVARRO e OUTROS, **Cartas avulsas**. [1931], p. 404-418. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Edusp, 1988. Col. Reconquista do Brasil (2ª. série), v. 148.

VALLE, Leonardo do. **Vocabulário na Língua Brasília-VLB**. Boletim Etnografia e Tupi-guarani. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, USP, 1953, parte II, v. 164.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. **A inconstância da alma selvagem**. São Paulo: Cosac & Naify, 2002.

WETZEL, Herbert E. **Mem de Sá, terceiro governador geral (1557-1572)**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Cultura, 1972.

As palavras para tempos de peste: a linguagem Guarani das doenças epidêmicas no século XVII

Francisco Silva Noelli

Resumo

O registro linguístico sobre doenças infectocontagiosas nas línguas Guarani começou no século XVII. Este capítulo reúne 854 palavras e frases levantadas nos dicionários de Antonio Ruiz de Montoya, publicados nos anos 1639 e 1640. Além do interesse direto para medicina e saúde pública, também é fonte para a linguística histórico-comparativa e para a história da medicina Guarani praticada milenarmente por *kuña paje* e *pajes*, mulheres e homens sábios na arte de curar.

Palavras-chaves: Doenças infectocontagiosas; Tragédia Humanitária; Brasil Colonial; Medicina Guarani.

Abstract

The written linguistic record on health and disease in the Guarani languages began in the 17th century. This chapter assembles 854 words and phrases surveyed in the dictionaries of Antonio Ruiz de Montoya, published in the years 1639 and 1640. In addition to the direct interest of the medicine and public health, it is also a source for historical-comparative linguistics and for the long-term history of Guarani medicine practiced by *kuña paje* and *paje*, the wise women and men in the art of healing.

Keywords: Infectious diseases; Humanitarian Tragedy; Colonial Brazil; Guarani Medicine.

Introdução

A tragédia humanitária que está assolando os povos originários da América do Sul em 2020-2021 não é novidade para eles. As suas representações manifestaram diversas mensagens sobre as lutas e atos de resistência para continuar existindo, muitas delas enfatizaram a necessidade de reforçar as memórias e

transmitir conhecimentos sobre prevenção e tratamento de doenças. Como disse com eloquência Célia Xakriaba, ao falar das vítimas da COVID-19: “não é somente o corpo que está morrendo, mas é uma mão de sabedoria que deixa de sustentar o nosso maracá” (<https://yam.com.vc/sabedoria/791662/celia-xakriaba-curando-a-terra-curamos-a-nos-mesmos>).

Este capítulo vai tratar de alguns aspectos dessas memórias, registradas em uma versão que guardou uma linguagem usada para transmitir conhecimentos entre as gerações. Trata-se de registros sobre doenças na língua Guaraní da antiga região do Guairá, feitos por um missionário da primeira metade do século XVII. É um testemunho de mortandades e sofrimento humano causados por epidemias de alguém que sofreu no próprio corpo o tifo e, ao menos uma vez, a malária (JARQUE, 1900). Portanto, teve experiências semelhantes aos dos viventes de agora, um verdadeiro tempo de peste para toda a humanidade afetada pela sindemia do *corona virus disease 19* (SARS-CoV-2 = coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2). Agora as pessoas sabem o que é o contágio, contaminação, letalidade e as suas consequências físicas e emocionais, deixando mais compreensível o esforço linguístico de Antonio Ruiz de Montoya. Ele anotou mais de mil registros sobre doença nos dicionários *Tesoro* e *Vocabulario de la lengua Guaraní*, publicados em 1639 e 1640, dos quais 854 estão citados aqui. Os dicionários filtraram informações úteis ao colonialismo, guiando os missionários a se comunicarem objetivamente em campo, mas também servem aos Guaraní, para no presente considerarem o que diziam seus antepassados.

A linguagem que se vai mostrar vai para além dos interesses Guaraní e da investigação linguística, histórica e antropológica. Ela possui utilidade médica, especialmente na intermedicalidade, a exemplo da proposta no *Vocabulário Guaraní-Español para uso médico* de Gatti, Rojas e Bertoni (1947, p. 5), composto “*para recoger y apreciar los síntomas subjetivos y muchas circunstancias de la salud y de las enfermedades, el médico debe saber interrogar en Guaraní y, sobre todo, saber interpretar las manifestaciones de los enfermos*”. O vocabulário e

outra publicação Carlos Gatti (1985), resultaram de décadas atendendo como médico guarani de todo o Paraguai, mostrando a vitalidade da linguagem registrada por Montoya, incluindo as expressões consideradas como *formas arcaicas*. Porém, ainda falta na atualidade um vocabulário mais completo, para oferecer aos médicos definições que incentivem a desnaturalização do conhecimento e capacitem os agentes de saúde nas línguas Guaraní (PINI, 1994; PÍCOLI, 2008; PELLON e VARGAS, 2010; CANTORE, 2014; PIÑEIRO AGUIAR, 2015; FALKENBERG et al., 2017; MARX et al., 2020).

Os registros aqui reunidos exemplificam concepções transmitidas entre as gerações, revelando “complexas negociações intersubjetivas voltadas à produção de saúde e do estado referido como ‘estar alegre’ (-vy’a)” (PISOLATTO, 2019). Se trata de levantar informações sobre o que Elizabeth Pisolatto (2019) chamou de “processos corporais (físico-emocionais) desdobrados em saúde-satisfação ou doença-insatisfação”. Conforme Montoya, **vy’a** (T:627) tinha vários sentidos, de acordo com a situação: *hallarse, pegarse, detenerse, comodidad*, centrado na noção de bem-estar: **avy’a** (T:627) *hállome bien, estoy acomodado*. Situação muito próxima do estado de boa saúde: **aguyje, aguyjei, aguyjetei** (T:13) *salud, sanidad, bien, bueno, bien está*. Enfim, se poderia dizer: **aguyjetei che rui** (T:14) *estoy bien acomodado, y con salud*. De forma mais específica, Remorini (2010, p. 1060) mostrou alguns critérios usados pelos Mbyá para distinguir sinais e causas das enfermidades: 1) doenças leves/doenças graves; 2) doenças do corpo/doenças do espírito; 3) doenças de “dentro do corpo” (vísceras)/doenças externas; 4) doenças que se curam com plantas medicinais/doenças que se curam com tabaco e orações; 5) doenças próprias dos Mbyá/doenças dos *jurua* (“brancos”).

Aqui será apresentada uma seleção específica de vocabulários e frases Guaraní sobre “estar doente”, com três objetivos: 1) servir a história colonial da medicina e das epidemias, demografia histórica e farmacologia desenvolvida para combater os efeitos das doenças epidêmicas, temas ainda ignorados ou pouco investigados

no Brasil (NOELLI, 1998a, 1998b, 1999, 2000a, 2000b; NOELLI e SOARES, 1997a); 2) servir como fonte para a linguística histórica-comparativa sobre saúde-doença entre os povos falantes das línguas Tupí (RODRIGUES e CABRAL, 2012); 3) servir como base de dados para os Guarani do presente. Poderia ser mais extenso, mas para manter o texto com tamanho razoável, optei por não tratar de anatomia, lesões e da etimologia de cada expressão, não as traduzindo com mais detalhes e exemplos. Portanto, ainda é necessário navegar mais na vastidão das 1062 páginas dos dicionários de Montoya, preferencialmente usando as versões transliteradas de 2002 e 2011, mais acessíveis no presente (mas sem deixar de consultar as edições anteriores, todas on-line, preferencialmente a primeira).

Sobre os registros

Os registros mostram que os Guarani possuem vasta e detalhada linguagem sobre as doenças infectocontagiosas, os seus sinais e sintomas. Assim como também possuem extenso repertório de práticas terapêuticas e drogas medicinais dedicadas à saúde, transmitindo à cada geração conhecimentos milenares e atualizações a partir de novos aprendizados, como ocorreu a partir de 1500, com a chegada de novas doenças junto com os europeus. Isso pode ser facilmente percebido no presente, quando se conversa\aprende com os **paje** e com as **kuña paje**, e em fontes diversas que se acumulam desde o século XVII.

Neste sentido, procuro contribuir no estabelecimento de uma abordagem para reconhecer a persistência do conhecimento através da linguagem, sem ser equivalente a passagem do tempo e antiguidade, mas como uma contínua articulação *intencional de certas práticas e identidades relativas à luz de novas economias, políticas e realidades sociais [...] unindo efetivamente passado e presente numa dinâmica e inquebrável trajetória* (PANICH et al. 2018, p. 11-12). Para conseguir tal compreensão, a perspectiva interdisciplinar busca somar os conteúdos da biologia, medicina, arqueologia, história,

antropologia e linguística e da paleomicrobiologia, especialidade que procura evidências de doenças a partir de contextos bioarqueológicos pré-1492 (BOS et al., 2014, 2019; MOROZOVA et al., 2016; DARLING e DONOGHUE, 2014).

O registro da linguagem é fundamental na intermedialidade e deveria integrar a agenda dos projetos sobre e com os povos indígenas, iniciando pela conexão mais direta com as pessoas, suas memórias, humanizando a ciência, sem esquecer que

no basta con enseñar a leer y escribir en Guaraní. En Medicina es fundamental entender la cultura del paciente y comprender sus circunstancias a través de las facilidades de relación que permite la utilización del idioma materno en la comprensión de sus ideas y la actitud empática de quienes cumplen con la profesión de médicos (SEGOVIA SILVA, 2017, p. 2).

Qualquer dicionário é uma fonte limitada, mas sempre é um ponto de partida que permite investigar em diversas direções, como é o caso aqui da perspectiva histórica da linguagem no sentido da citação acima. Os dicionários de Montoya oferecem conteúdos que podem ser agrupados, como no caso da linguagem da saúde, da doença e de outros temas que pude investigar anteriormente (p. ex.: NOELLI, 1993, 1994, 1998a, 1998b, 2019, 2020; NOELLI e LANDA, 1991, 1994; NOELLI e DIAS, 1995; NOELLI e SOARES, 1997b; NOELLI et al., 2018, 2019; PEREIRA et al., 2016). A magnitude e a qualidade linguística e etnográfica dos conteúdos dos dicionários foram reiteradas durante 50 anos, que os divulgava como manancial para compreender conhecimentos diversos (MELIÀ, 2011, p. xliii-xliv). O grande desafio é enfrentar a leitura sistemática dos dicionários para encontrar a informação desejada na vastidão textual e nos significados do castelhano setecentista.

Montoya e as doenças

Montoya não tinha formação médica e científica. Contudo, é a fonte colonial de interesse biomédico mais extensa sobre os Guarani. Confrontando o registro de Montoya com os seus contemporâneos (NOELLI e TRINDADE, 2003), e com a pesquisa linguística e antropológica (MELIÀ, 2004; MELIÀ e NAGEL, 1995), vemos que ele fez um retrato factual muito completo e correto, pois Montoya viveu em um contexto epidemiológico complexo e letal, em uma região considerada enferma naquela época. Por exemplo, em 1612 Ruy Díaz de Guzmán (2012, p. 77) relatou um panorama geral sobre o efeito das doenças a partir de Ciudad Real, situada na foz do rio Piquiri, desde 1557: *por cuya causa es lugar enfermísimo, y lo es todo lo más del río y provincia que comúnmente se llama de Guairá*. Em 1614, o baixo rio Paranapanema, onde foram instaladas as primeiras missões dos jesuítas, foi considerado pelos próprios fundadores como uma *tierra áspera enferma* (CATALDINI, 1951, p. 152). O próprio Montoya, que ali viveu por 20 anos, descreveu que *algunos de los puestos en que juntaron los indios eran muy enfermos* (MONTROYA, 1639, p. 20).

Ao fazer uma história bem documentada do início das missões do Guairá, Pedro Lozano (1754 1, p. 348-350), relatou que em 1610, entre os rios Pirapó e Tibagi, os missionários encontraram pessoas com *lepra, maligna fiebre, cámaras* (disenteria), *mal de ojos fortíssimo* (conjuntivite), *garrotillo* (difteria) e, algum tempo depois, batizaram doentes e relataram mortes de muitos que *volaron a gozar de los bienes eternos*. Essa situação foi comum no período colonial, configurando “epidemias compostas”, isto é, surtos epidêmicos de várias doenças simultaneamente (BORAH, 1992). Posteriormente, em 1613-14, na mesma área a situação se agravou por uma epidemia que durou cinco meses, com *gran mortandad...* de muitos Guarani e que contagiou os quatro missionários, mantando um deles (OÑATE, 1919, p. 28, 45). Tanto que Montoya resumiu os impactos da epidemia: *la peste... en esas ocasiones nunca es lerda* (MONTROYA, 1639, p. 52v).

Considerando os dicionários de Montoya, não há dúvida que os europeus tinham a noção de contágio no início do século XVII. Como veremos a seguir, a linguagem Guarani oferece exemplos de que os Guarani também conheciam o contágio pela experiência vivida, dizendo: **amboja che remimborara hese, ambojepota hese che remimborara** (V:236) *inficionar a outro con enfermedad*. Do lado europeu vemos o princípio definido em um dicionário espanhol publicado em 1611 (TC 2:504): *corromper con mal olor el aire, o outra cosa, del verbo latino inficere, cosa inficionada, infectus a un*. E, existem documentos tratando de contágio, como no caso do jesuíta que levava um líder Guarani da área do rio Ibicuí para negociar com o governador em Buenos Aires em 1627, quando *tuvo en el camino nuevas, que havia peste en la ciudad, por lo qual fue necesario volverse, porque no pegase a los indios* (DURÁN, 1929, p. 369). Contudo, a noção do contágio parece vir desde a primeira metade do século XVI, com o registro de Kutiguara alertando que os *“españoles traían consigo pestilencia y mala doctrina por lo cual se habían de perder y consumir [os Guarani], y que toda la pretensión de ellos era quitar a los indios sus mujeres e hijas y reconocer aquellas tierras para venirles después a poblar y sujetar”* (GUZMÁN, 2012, p. 324). Provavelmente, Kutiguara testemunhou a epidemia que assolou por 3 meses (novembro/1526-fevereiro/1527) a expedição comandada por Sebastián Caboto, na baía sul da Ilha de Santa Catarina:

“en este puerto estuvimos tres meses y medio dentro de los cuales se acabo de azer la galeota aunque antes se acabara de azer sino enfermara toda la jente que hera la tierra tan enferma que a todos los llevo por su rasero que yo doy mi fe a vra md que segun la jente cayo de golpe bien pensamos peligrara la mayor parte” (Luíz Ramírez [10 de julho de 1528], 2007, p. 28)

Esse não deve ter sido o único evento epidêmico na região, pois aquela parte da costa recebia europeus desde o começo do século XVI e abrigava vários naufragos da expedição de João Dias de Solis desde 1515. A resistência e denúncia pública de Kutiguara (o “comedor de cotia”) foi praticada nos assentamentos Guarani do

litoral de Santa Catarina e interior do Paraná, nas décadas de 1530-1540, sendo tão poderosa que repercutiu em outras fontes coloniais (MELLO, 2005, p. 333-334). Foi um caso de presença precoce da “pestilência” em áreas densamente povoadas que em pouco tempo, no caso do litoral catarinense, ao redor de 1554, estavam esvaziadas porque se *han destruido todos los indios de la costa de la mar que eran amigos de los vasallos de Su Majestad* (VIZCAYA, 1946, p. 312).

Tal situação levou outro historiador dos jesuítas na Província do Paraguai, a considerar que em uma parte Guairá houve *mortandad horrorosa* em 1589 (TECHO, 1897 1, p. 161). Foi apenas um episódio entre tantos que podem ser enumerados desde que há registros escritos, revelando como uma região densamente povoada teve um colapso demográfico semelhante aos reconhecidos em outras partes das Américas (COOK e LOVELL [org], 1992; COOK, 1998), passando de uma população Guarani estimada em um milhão de pessoas no começo do século XVII (MELIÀ, 1986), para uma população com cerca de 30 mil pessoas no presente. A pesquisa de Melià é a mais completa até agora, propondo uma crítica aos estudos demográficos e um método hermenêutico para analisar o significado das cifras “altas” e “baixas” das fontes, permitindo considerar adequadamente o que significava “índio” e transformar essa informação em números mais precisos para uma demografia histórica.

As doenças entre os Guarani no século XVII

Montoya traduziu o Guarani para o espanhol conforme a linguagem erudita dos seus contemporâneos (mas não citou nenhum deles). Porém, percebe-se que ele seguiu, em muitos casos, o padrão do *Tesoro de la lengua Castellana*’, publicado em 1611 por Sebastián Covarrubias-Orozco. Como destacou Melià (2011, p. xxi), a única indicação que Montoya deu das autoridades que seguiu está em seus interlocutores: *he tenido por intérpretes a los naturales*, explicando que durante 30 anos esteve *entre gentiles, y con eficaz*

estudio [he] rastreado lengua tan copiosa, y elegante, que con razón puede competir con las de fama.

Este capítulo não esgotou o conteúdo médico dos dicionários, nem seguiu a organização didática da Medicina. Contudo, ordena o conteúdo em blocos temáticos para dar coerência aos registros dispersos em 1062 páginas, mantendo a nomenclatura do início do século XVII e mostrando os seus significados conforme alguns tratados médicos e históricos sobre doenças infectocontagiosas (p. ex.: KIPLE [org], 1993; RAMENOFSKY, 1993; COOK, 1998; VERANO e UBELACKER [orgs], 1992; COOK e LOVELL [orgs], 1992). Montoya descreveu diversos sinais e sintomas, porém *compete ao médico dar a sua significação, deve ser decifrado, portanto, como sendo ou não sinal de uma doença* (PIMENTA e FERREIRA, 2003), não se propondo aqui anamnese ou diagnóstico das informações coligidas pelo missionário.

O conteúdo deste capítulo

Montoya compilou sinais, sintomas e patologias, alguns muito específicos e outros genéricos, comuns a diversas doenças. Aqui cabe comentar que várias traduções de Montoya não foram literais, em meio à literalidade predominante, e muitas delas foram interpretações, e outras foram adaptações do discurso colonial buscando convencer e inculcar ideias, conteúdos, regras e noções europeias. Outras visavam mudar ostensivamente o **ñande reko**, o “modo de ser” Guarani, transmitindo para os missionários palavras e expressões estratégicas visando à dominação colonial. No caso da saúde, temos o exemplo da luta ideológica pelo domínio colonial no campo da semântica, contra o **paje** e a **kuña paje**, nomes que pode traduzir “médicos” ou “sábios” conhecedores da natureza e da alma humana, mas que foram impropriamente vertidos como feiticeiro e feiticeira. Era a luta contra lideranças que contestaram e criticaram abertamente o cristianismo e os missionários, denunciando-os por tentarem mudar o **ñande reko**.

Finalmente, antes de começar, as definições de Montoya e Covarrubias-Orozco foram citadas de forma abreviada, para economizar espaço: 1) T:1, V:1 (*Tesoro de la lengua Guarani*, 2011, página 1; *Vocabulario de la lengua Guarani*, 2002, página 1, conferidas com as edições de 1639 e 1640); 2) TC 1 ou TC 2 (volume 1 ou 2, TC 1:352, *Tesoro de la lengua Castellana* volume 1, 1611, página 352). A influência de Covarrubias Orozco vai além do texto, como se percebe pelas datas e local de publicação, sendo ambos os dicionários publicados em Madri, com 28 anos de diferença, na mesma editora, a então prestigiada casa Sanchez. As palavras em Guarani vêm destacadas com negrito, enquanto as traduções de Montoya se ressaltam com itálico: **che ru raguyjei** (T:217) *vengo con salud*. As palavras e frases de Covarrubias Orozco vêm grifadas com itálico.

Antes de iniciar, também se destaca um aspecto que precisa de investigação linguística e semântica: a perspectiva de duração e intensidade da doença e da convalescença (no passado e no presente), enfatizando a demora e a morosidade do sofrimento físico e emocional: **porarahára** (T:443) *el que padece*. O termo carrega os significados de **aiporara** (V:303) *padeecer* (**ai** T:16 *malamente; ruin, echar a perder*) e **porara, mborara, marã** (T:443) *aflicción*, expressões que incluem significados de temporalidade e sentido da demora. Em outros termos mais diretamente relacionados às doenças há sufixos que expressam dimensão, agregando densidade e intensidade à duração do sofrimento: 1) **jari** (T:202) *largo*; 2) **puku, usu** (T:454, 615, V:247) *grande, largo, larga cosa*; 3) **guasu** (T:130, V:209) *grande, ancho*. Algumas definições de doenças expressam simultaneamente padeecer e densidade, por muito tempo: 1) **jáu porarahára** (T:204) *el que padece llagas*; 2) **mbirai aiporara** (T:410) *padeecer lepra*.

Doente

A definição mais inclusiva para “doente” é **hasyhasy, hasy atã, hasy para, hasyĩ** (V:158) *dolente*. Aquele que está doente, cujo corpo “contém” uma enfermidade é o **tasyvo** (T:531, 622) *enfermo* (*el que contiene enfermedad*) (**vo** T:622 *marca, ‘continens’* [cosa que

contiene] ou *muy enfermo*, conforme a evolução da doença. Também pode ser referido como **hasýva'e** (T:531) *el enfermo (va'e T:617 el que...)*. Em TC:324v temos *dolor* definido como um *sentimiento que se hace de todo lo que nos dá desplacer y desgusto*. Então poderia dizer: 1) **nache reko avê ruguãi areko** (T:104) *no estoy como solía (el enfermo estar sano, o el que siempre estaba sano caer enfermo)* 2) **che asose mba'e rasy** (T:91) *es sobre mis fuerzas, mi enfermedad o dolor*; 3) **che rasy che mbopyryvi** (T:477) *la enfermedad me tiene descaecido*; 4) **che pohanõ** (T:434) *me curo*; 5) **añemopohanõ** (T:434) *curarse a sí mismo*; 6) **che rasy jevy** (T:531) *recaer*.

Doença e dor

Conforme TC 1:352, quando a pessoa está enferma, *no está en salud*; quando está enfermiça, *trae la salud muy quebrada, y cae muchas veces en la cama, que por otro nombre se llama achaquiento*. Antes de tratar da definição de doença, veremos a definição de **aguyjei** (T:13) *sanidad*: 1) **teko aguyjei** (T:14, V:358) *buena vida, salud*; 2) **aguyjetei** (T:14) *bueno, bien*; 3) **che aguyjetei** (T:14) *estoy bueno*; 4) **che ru raguyjei** (T:217) *vengo con salud*; 5) **che aguyjei gitekóvo** (T:13) *ando con salud*; 6) **aguyjetei niko amã tiri ndo'ári nde ri ra'e!** (T:15) *¡ventura ha sido llegar con salud!*

Um sintoma de doença poderia começar ser manifestado assim: 1) **ndache aguyjetei** (T:17) *no estoy bueno*; 2) **che aguyjei jei** (T:13) *así así ando de salud*; 3) **aguyjei pokã** (T:14) *estoy medio bueno de salud, (jéi T:207 se usa siempre con negación; corresponde a "no voy", [que sí], yo fuera; no me levanto, que si yo me levantara)*.

Os conceitos mais básicos para doença e dor são sinônimos em Guaraní, com a forma fonológica do tema **asy** variando conforme o contexto sintático em que ocorre: 1) **asy, hasy, rasy, tasy** (T:92, 150, 531, V:157, V:158) *enfermedad, dolencia, dolor*, significando também: *pena, dificultad, trabajo, vehemencia*, em circunstâncias onde o sintoma é persistente e faz sofrer; 2) **marã, mara'a, mbara'a, mba'e asy, mba'e rasy** (T:296, 297, 325, V:171) *enfermedad, dolencia (mba'e T:325 cosa, algo, se añade a los substantivos)*; 3) **tasy porokutu** (T:531,

V:158) *dolor agudo*. Os primeiros sintomas de doença eram sentidos, incluindo uma localidade específica: 1) **ovu che mba'e rasy** (T:624) *brotó mi enfermedad*; 2) **kieve che rasy** (T:250) *desde aquí estuve enfermo; aquí empecé a enfermarme (ki, kie T:250 aquí)*; 3) **eupeve che rasy** (T:122) *desde ahí estuve enfermo*. E quando todo o corpo ficava afetado diriam: 1) **che rete opa katu che rasy ohu** (T:175) *hame cogido todo el cuerpo la enfermedad*; 2) **mba'e rasy che hu** (T:175) *todo el cuerpo me ha cogido la enfermedad*; 3) **tasy che pysypa** (T:479) *hame cogido toda la enfermedad*. Poderia ser um resfriado: **ro'y che pysy, che ro'y a, che karasy** (V:350) *resfriarse* (que se pode traduzir como: o frio me pegou, tenho dor de cabeça).

Há exemplos para cansaço e indisposição relativos a doenças, citando apenas dez exemplos: 1) perder apetite: **nache mbojuru a'ei che rasy** (T:220) *la enfermedad me há quitado el sabor, o apetito*; 2) ter sono e sonolência: **topehyi** (T:584, V:279) *sueño*, **che ropehyi** (T:584) *tengo sueño*, **che rope piratái** (T:584) *estoy soñoliento*; 3) ficar cansado: **che kane'õ** T:236, V:88 *estoy cansado, cansarse che ose che kane'õ T:236 *estoy muy cansado (kane'õ T:236, V:87 cansacio)*; 4) mialgia: **tasyrõ mba** (T:531) *molimiento de todo el cuerpo*, **che rasyrõ mba** (T:531, V:157, 280) *estoy molido todo, doler todo el cuerpo*; 5) sensação de aperto, esmagamento do corpo: **apururũ che rasýramo** (T:454) *crújeme el cuerpo con la enfermedad*; 6) perda de energia: **nache piratãvéi** (T:411) *estoy descaecido*, **che piratãmba, che pitãpávi** (T:411) *ya se me han acabado mis fuerzas*; 7) fraqueza: **che mokangy che rasy** (T:237) *hame debilitado la enfermedad*; 8) fraqueza: **che kãngo kãngo che rasy** (T:237) *estoy quebrantado con la enfermedad*; 9) tristeza e depressão: **ague rai guitékovo** (T:131) *estoy triste, marchito, enfermo, o melancólico*; 10) tumeficar: **che rasy nache mbojaity potári** (T:199) *tiéneme entumecido la enfermedad*. Além disso, Montoya registrou inúmeros casos de sintomas, sinais, fraturas, cortes e diversas lesões que não serão citados aqui.*

Foram registradas inclusive alguns exemplos de expressões e respostas de doentes: 1) **ái, aju, atã** (T:15, 22, 93) *interjección dolentis [del que sufre]*, **heguã ãngai!** (T:160) *interjección de mujer 'dolentis' [que se duele]*; 2) **áivetei** (T:18) *malamente*; 3) **aivĩ** (T:18) *consumido*. E,

também, de doentes ou pessoas no contexto da doença: **tasy'e'ỹ mbire tamó ereju** (T:123) *oh, si hubieras venido antes de la enfermedad.*

Casos individuais

Para os casos individuais: 1) **che marã, che rasy** (T:296, 531) *estoy enfermo*; 2) **hasýpe che rui** (T:532) *estoy enfermo, y con pena*; 3) **che marã guitekóvo** (T:296) *ando enfermo, consumido*; 4) **che rasyse** (T:531) *soy enfermizo*; 5) **che rasyrasy'ĩ, che reko aguyjeie'ỹ tapia, che rasy herãherãñĩ, che rasyse, che aruru** (V:171) *enfermizo andar*; 5) **che marãñĩ guitekóvo** (T:300) *ando enfermizo*; 6) **che retépe areko mba'e asy** (T:574) *tengo enfermedad en mi cuerpo* (**tete** T:575 *cuerpo*).

O enfermiço poderia eventualmente ser crônico e ter uma **tasy tapia** (T:531) *enfermedad continua*. Com a persistência dos sintomas, diria **che rasy nunga, che rasy vevúi, che rasy atã, che rasy pyry, che rasy herã ñõte** (T:354, 531, V:158) *estoy medio enfermo, doliente un poco, dolor lento*. Poderia exclamar, se ficasse sem mobilidade: 1) **che rasy omorãgue che ho** (T:491) *la enfermedad me estorbó mi ida*; 2) **guasy guenoĩramo ndouĩ** (T:183) *por estar enfermo no vino*.

A pessoa não estaria fingindo: **nache rasy rui ruguãĩ** (T:504) *no es de burla mi enfermedad*, **añemboasyasy a'u** (V:217) *hacerse enfermo, fingiendo*.

Com a evolução diria: 1) **tasy ojeroviári** (T:501) *prevalece la enfermedad*; 2) **oñeapyrũ ngõte che rasy** (T:74) *hase reforzado mi enfermedad*; 3) **amboa'e voi che reko asy herekóvo** (T:142) *hago que perseverare mi enfermedad*; 4) **amboa'e voi che reko asy herekóvo** (T:142) *hago que perseverare mi enfermedad, o trabajo*; 5) **oñemboapyrytarũ che rasy** (T:77) *aumentase mi enfermedad*; 6) **ymaguarérava'e** (T:638) *mucho ha que estoy enfermo*.

E, com o agravamento, os exemplos aumentam: 1) **che rasy, che rasy été, che rasy aiai, aivete'i che rasy** (T:531, V:158) *estoy muy enfermo, doliente mucho*; 2) **che hu katu mba'e asy** (T:531) *ando muy enfermo*; 3) **marã marã etei ahẽ rekóni** (T:296) *está muy enfermo, o ruin*; 4) **oñepũ ngatu oupa** (T:452) *está muy enfermo*; 5) **tasy te'õ reruháva, poromboekyise, porojuka, poromoe'õ, che mbojekohu te'õ rehe che**

rasy (V:171) *enfermedad mortal*; 6) **che rerokaka te'õ upe che rasy** (T:233) *voy acercándome a la muerte [por enfermedad]*; 7) **haĩme che re'õ** (T:562) *por poco me muero*; 8) **te'õ rovary'ime aiko** (T:562) *estoy a pique de morir*; 9) **koĩrĩ che re'õ viñã** (T:255) *estuve a pique de morir*; 10) **koĩkoĩ amano viñã** (T:255) *muy cerquita estuve de morir*; 11) **koĩ koĩ namanói, haĩme che re'õ** (T:255, 562) *por poco me muero (koĩ T:255 muy cerca, lo mismo que koĩ eteĩ, te'õ T:563 desmayo)*.

Se houvesse melhora, se diria: 1) **oku'e ku'e che rasy** (T:271) *remítese la enfermedad*; 2) **ijapyryve che rasy** (T:78) *aplácaseme la enfermedad, o dolor*; 3) **ijaryve che rasy** (T:89) *háseme aplacado la enfermedad*.

Finalmente, sem melhora do quadro, a pessoa poderia: 1) **amano ai** (T:293) *morir mal*; 2) **nache porãgi** (T:434) *no me curan, no tengo cura*; 3) **mba'e ipohãngyĩmbae** (T:434) *cosa incurable, sin remédio*; 4) **amano ei** (T:293) *morirse sin enfermedad*, sem doença pré-existente ou por causa indeterminada. E, antes de falecer, poderia dizer: **che rupiára areko che retépe** (T:505) *la causa de mi enfermedad tengo dentro de mi* ou **che rasy renoĩna** (T:183) *teniendo yo mi enfermedad*.

Montoya mostrou um ambiente onde a magia do catolicismo estaria presente: **ehovasa che ra'y** (T:587) *dicen cuando piden un evangelio al enfermo*. O contrário, **tereñemombe'u nde rasy ypyramo ha'e jepe ichupe ha'e aroirẽ imanóni** (T:87) *díjete que se confesase luego que enfermó y no quiso, y así se ha muerto sin confesión*. Poderia receber os óleos da extrema-unção: **amongy ñandy rovasapy hasýva'e rehe** (T:318) *poner olios al enfermo (ñandy T:361, 530, V:11 aceite de frutas, y árboles; mongy T:318 ungir, poner; unción; ñandy mongy, pitu T:421, V:392 unción)*. Os missionários explicavam a presença das doenças com perspectivas diferentes em relação às Guaraní de saúde/doença: 1) **ñande renopu'ã Tupã ñande mboasýramo** (T:165) *amedrónanos Dios con enfermedades* (que pode ter outra tradução: Deus nos sara, levanta/avisa [ao invés de ameaçar] quando estamos doentes); 2) **akoi nde rasý haguéra Tupã nde renopu'ãháva ñõte** (T:165) *la enfermedad que tuviste no fué más que amago [gesto, ameaça] de Dios*.

Epidemias

Aqui começo a considerar as doenças agudas, infectocontagiosas e coletivas, que se espalham velozmente através de contágio direto e indireto até contagiar grande número de pessoas, para depois de determinado tempo ficar indetectável. Montoya expressa claramente a noção de contágio dentro da teoria do “ar mal ou corrompido” que circulava na Europa desde a Grécia antiga (GRMEK, 1989), referindo-se a peste e contágio de acordo com os termos de Covarrubias-Orozco (TC 1:234v): 1) *contagión, la enfermedad pegadiza*; 2) *contagioso, el que tiene mal que se pega*; 3) *pegajoso, el que se pega*; 4) *corromperse uno, es desmayar, yendose de cámaras*. Na primeira metade do século XVII, a definição de “peste” era: *enfermedad contagiosa, que comunmente se engendra del aire corrompido, del latín, pestis. Pestilencia, lo mesmo que peste. Pestilencial, lo que puede causar peste. Pestilente y pestífero. Apestado, lo que está tocado de la peste. Apestarse un lugar, tener peste* (TC 1:587). Aqui surge a primeira dúvida, se Montoya usa peste apenas com o sentido genérico de doença infectocontagiosa, ou se também se referiu à peste bubônica, como será mostrado na segunda parte do capítulo. Esta dubiedade pode ser conferida nas sínteses históricas sobre o Guairá que foram escritas no período colonial por autores como Ruy Díaz de Guzmán, Nicolás del Techo, Pedro Lozano e Pierre Charlevoix. Contudo, parte das epidemias genericamente qualificadas como peste por estes autores poderá ter a enfermidade causadora daquilo que foi chamado de “peste” melhor especificada em outras fontes, uma pesquisa ainda por ser produzida. Algo semelhante passa com a gripe/influenza, não classificada e nem descrita por Montoya, mas passível de estar incluída entre os muitos sinais e sintomas registrados nos dicionários.

Se considerava que o contágio viria com os ventos: **yvytu oipeju tasy** (T:655) *el viento lleva las enfermedades* (**yvytu** T:655 *viento*, **peju** T:404 *soplar*). A noção de lugar contagiado aparece com **yvy asy**, **mañondody ko yvy** (V:171) *enferma tierra*. O lugar ainda não contagiado também aparece: **tasy kyvõ ndouíri** (T:288) *no ha venido*

acá la enfermedad, nimarãni che róga (T:296) está mi casa entera; no hay enfermedad, o cosa mala, en mi casa. A duração da enfermidade também era considerada: ára teko asy rerekuára (T:5) tiempo enfermo, y calamitoso, has yete rako ang (T:532) tiempo trabajoso.

Montoya criou expressões sobre a propagação de “mal contagioso”, de “doença que se pega”: 1) **mba'e asy jepota, mba'e asy jepota va'e, mba'e asy oja va'e, mba'e asy oja ojaréva'e, mba'e asy ojepotáva'e** (T:531, V:111) *mal contagioso*; 2) **Mba'e ñemboja** (T:193) *cosa que se pega, enfermedad*; 3) **mba'e asy ojáva'e** (V:312) *pegajosa enfermedad*; 4) **mba'e asy oiko, tasy ja reko, tasyvo ei, tasy ohu katu, mba'e tasy okua** (V:115) *correr enfermedad* (que poderiam ser traduzidas como “doença que anda, temos doença por toda a parte, enfermidade que se pega bem fácil”). Também expressões individuais, da pessoa se considerando contagiada: 1) **mba'e asy ojepotáva'e aiporara, mba'e asy jepotare che hu** (T:531, V:111) *padezco mal contagioso*; 2) **omboja che ri guemimborara** (T:193) *pegóme su enfermedad*; 3) **che reko asy oñemboja'a chéve** (T:6) *aumentase mi enfermedad*.

Na língua Guarani, peste e mortandade são sinônimos, sempre com o tema **pab, pa, mba** (T:391, V:197) *fin, acabamiento, muerte*: 1) **mbáva, tasy ai** (V:319) *peste*; 2) **mbáva, páva** (T:329, 391 V:281) *mortandad, acabamiento*. A definições também informam a magnitude dos seus efeitos: 1) **mbáva niko** (V:212) *haber pestilencia*; 2) **mbavai oiko** (V:319) *peste haber*; 3) **mba'e manëma** (V:319) *pestilente, cosa mala (manë, panë T:293, 394, V:145 desdicha, desventura)*; 4) **mba vetei kuái** (T:329, 391 V:281) *gran mortandad hay*.

Sobre o espalhamento da epidemia encontramos algumas traduções: 1) **oñeirumõ che rasy, okakuaa** (V:119) *crecer la enfermedad*; 2) **mba'e asy oky rusu ore rehe** (T:283) *llueve enfermedad sobre nosotros* (chove “grande” = muito); 3) **mbapára amyri rogué ipichyvy** (T:415) *ha quedado la casa del difunto espantosa*; 4) **ndipo vyvy retéi mbya okuápa tasy'a ri** (T:627) *todos están caídos de enfermedad*; 5) **ipichyvy táva'a oupa hasypávamo** (T:415) *está el pueblo espantoso con tantos enfermos*.

A situação era difícil, pois com o acometimento generalizado faltava de recursos e gente cuidadores saudáveis: 1) **tasy che reity** (T:190) *la enfermedad me ha derribado*; 2) **ndache reropu'ãi che rasy** (T:452) *no me levanto ya de la enfermedad*; 3) **che rerovyhave'ỹme** (T:627) *no hay quien me levante, o me ayude en enfermedad*; 4) **naku'úi guitúpa** (T:271) *no me meneo (dice el enfermo)*; 5) **che ku'e ndoipotári che rasy** (T:271) *no me deja menear la enfermedad*; 6) **che m'yi ndoipotári che rasy** (T:271) *no me da lugar la enfermedad a que me menee*; 7) **ambojaupi hasýva'e** (T:204) *hacer levantar la cabeza al enfermo*; 8) **tasyvo ijojog yma** (T:216) *ya tiene hipo el enfermo (jojog T:216, V:226 hipo)*; 9) **ndijaupirivéi hasýva'e** (T:204) *ya no levanta cabeza al enfermo*; 10) **ndipovy tasývo** (T:422) *no se levanta al enfermo*; 11) **nache moñaropu'ãvéi che rasy** (T:363) *ya no me levanto más*. A alimentação ou a sua falta eram críticas: 1) **y'uhéi aiporara** (V:303) *padecer sed*; 2) **ndache rembi'u hói guikyhyjávó** (T:172) *la enfermedad me ha quitado el comer*; 3) **nache mboaguyjéi** (T:13) *el no comer es causa que yo no sane*; 4) **che p'i che rasy** (T:413) *hame dejado en los huesos la enfermedad*; 5) **apaguy, oñembohetyma guyguy** (T:56, 134) *bambalearse el flaco, o enfermo*; 6) **aguyvi** (T:13) *caerse de flaco*; 7) **che rako pevei** (T:524) *estoy trasijado [muy flaco]*; 8) **che kãngueri** (T:237) *estoy muy flaco*; 9) **kangy** (T:237) *débil, flaco; de poca fuerza*.

A situação era muito difícil durante a epidemia: 1) **ore mboapakúi tasy** (T:57) *la enfermedad nos ha derribado*; 2) **amano pyri** (T:475) *estoy para morir*; 3) **mbapára róga irui katu** (T:504) *está la casa del difunto en silencio*; 4) **táva irui katu tasýva ri** (T:503) *está pueblo en silencio por los enfermos que hay*.

Depois da epidemia mortífera, o terrível saldo entre os sobreviventes: 1) **ore monungarĩ tasy** (T:354) *la enfermedad nos ha apocado, consumido*; 2) **nache moamonguéri tasy** (T:35) *la enfermedad me ha llevado mi gente*; 3) **ndache retavéi** (T:168) *hace consumido mi gente*; 4) **che mbotyavo mba'e rasy** (T:604-605) *hame acabado mi gente en la enfermedad*; 5) **che johuamoguára ojejarog** (T:175) *hanse acabado los de mi parcialidad (ajarog, ojejarog, jarog V:275 mermar, merma, menoscabar, menoscabo)*; 6) **añemomba** (T:391) *ya se han acabado los míos, mi gente*; 7) **opa ipavi** (T:391) *todo se acabó; todos se*

han muerto; 7) **koĩ yvága rúri chéve** (V:347) *rematado estar de enfermedad*. Assim como está evoluindo a segunda onda da covid-19 em outubro de 2020, há evidência de recorrência no Guairá: **che rero'a jevy; che rasy oñeirumõ** (V:119) *crecer la enfermedad recayendo*.

O sobrevivente testemunhou o fim da epidemia: **mbáva opig, ijapyryve mbáva, nahe'õvéi** (V:46) *aplacar mortandade*. E poderia reclamar: 1) **onduru nduruhápe mba'e asy che hu** (T:348) *tropel de trabajos, o enfermedades, me han venido*; 2) **nache poakári che rasy rereko** (T:422) *ya no puedo sufrir la enfermedad*.

Cuidado

O registro de várias expressões mostra a importância dada ao cuidado dos doentes: 1) **añ hasýva'e pyri** (T:183) *acompañó al enfermo*; 2) **añ hasýva'e irũnamo, aiko ipýri, añemoirũ hasýva'e rehe** (V:13) *acompañar al enfermo (irũ T:188 compañero)*. E, poderia se perguntar como ia a saúde: **aguyjepeípe ereiko?** (T:13) *¿estás con salud?*

Também de exclamações sobre o que passou com os enfermos: 1) **che pĩ ngatu hasykuéra** (T:413) *mucho he sentido su enfermedad*; 2) **añemomboriahu nde rasy recháka** (T:444) *aflijóme de verte enfermo*; 3) **tí'ã ahẽ guasýramo pa!** (T:580) *¡que será del enfermo!*; 4) **atáipa ahẽ rasýramo ra'e ra!** (T:93) *¡oh, cómo me pesa que esté fulano enfermo!*

Há registros sobre a alimentação e limpeza de doentes: 1) **hasýva'e mba'e aparyku ho'u katu** (T:59) *los enfermos comen bien cosas líquidas*; 2) **nache mboaguyjéi** (T:13) *el no comer es causa que yo no sane (aparyku T:59 desleír)*; 2) **haĩmbetei nde re'õ ha'e, koĩ te'õ águi nde reko guijávo, te'õ pópe ereiko ha'e, pyrĩ te'õ ipokohave'ỹ nde rehe guijávo, ha'ĩmbete'i nde r'õ a'e, koĩ te'õ agui nde guijávo, nderekovéi séne, eremanõne** (T:563, V:141) *desahuciar el enfermo* (quando há a palavra **te'õ** T:563 *desmayo*, também significa inconsciente). E, também, tocar ou movimentar ou não o paciente: **añatõi** (V:274) *menear (ñatõi T:363 tocar)*, **che mbokosog, che mbokotog** (T:258) *me menean, menéanme*; **namboapagúyi** (T:56) *no le meneo (kosog, kotog, kotõ T:258 vaivén,*

meneo, menear). A hidratação era um cuidado essencial: **amboy'u** (T:633) *darle a beber*; **ay'u** (T:633) *beber*; **y'u** (T:633) *bebida de água*; **y'héi** (T:633) *sed*; **che y'uhéi** (T:633) *tengo sed*; **che y'uhéi ai ai** (T:633) *tengo mucha sed*.

Convalescência/Cura

A evolução para o estado de saúde possui várias expressões, começando por: 1) **ndakuerávi** (T:272) *no estoy sano*; 2) **nda'ei guikuerávo rangê** (T:272) *aún no estoy sano*. Depois, a melhoria: 1) **akuera vatã** (T:272) *estoy medio sano*; 2) **asãdog sãdog che rasy** (T:507) *remite algo mi enfermedad*; 3) **tasy ivevúi ko'yte** (T:621) *ella pasa la enfermedad*; 4) **mba'e porarahára ivevúi** (T:621) *están los enfermos aliviados*; 5) **tasy ivevúi ko'y te** (T:621) *ya pasa la enfermedad*.

A convalescência e a cura: 1) **kuera** (T:272) *convalecencia*; 2) **che kuera** (T:272) *mi convalecencia*; 3) **ípovy ramo tasývo** (T:422) *ya anda convaleciente*; 4) **akuera kuera** (T:272) *estoy mejor*; 5) **añaropu'ã ramo** (T:362) *me empiezo a levantar, estoy convaleciente*. A melhoria é encontrada em outras falas: 1) **ñaropu'ã, ñarapu'ã** (T:362) *levantarse el enfermo, o sano, de la cama, sentarse en la cama*; 2) **akuera vamo** (T:272) *ahora salgo de la enfermedad*; 3) **akuera** (T:272) *estoy sano*; 4) **amonguera** (T:272) *sanarlo*; 5) **nimarãni che rete, nache marãni** (T:296, 297, V:360) *estoy sano*. Com a cura, diria: **aiko ete ko'yte che rasýgui** (T:120) *estoy ya recio de mi enfermedad (ete T:120 bueno, recio)*.

A busca pela cura também se revela na linguagem relativa às drogas medicinais, cujo nome genérico se traduz por **pohãng, mohãng, mohãngámo herekopy** (T:434, V:272) *medicina, remédio*. A cura usando uma droga é **pohanõ** (T:434) *curar* e, como a maioria dos remédios são líquidos, o seu nome genérico é **pohãngy'u** ou **u** (T:434, 612, V:70) *bebedizo*. A sua ingestão era **añemopohãngy** (T:612) *tomé bebedizo*, e quem aplicava diria: **amopohãngy'u** (T:612) *dile bebedizo*. A palavra *bebedizo* já é desqualificadora, pois o termo na época era um equivalente de “poção” que as *mulheres* faziam para seus maridos ficarem com elas ou para não saírem com outras

peessoas, induzidas por *viejas hechiceras* e, ainda, poderia ser um veneno (TC:135v).

A pessoa com o conhecimento para produzir drogas medicinais era o **pohanõngára** (T:434) *médico* (a tradução literal é “fazedor de remédios”). Se fosse bom, era considerado um **porapohanõhára ekatu, porapohanõhára avye’ỹ, porapohanõngára** (V:12, 272) *acertado médico* [médico/médica competente]. Como o contexto da doença infectocontagiosa exigiria prédicas, cantos, danças, uso de fumaça de tabaco soprado no doente, massagens e outras práticas médicas, sendo essa pessoa conhecida como **paje** ou **kunã mbaje** (T:394) *hechicero* ou *hechicera*, termos desqualificadores, como mencionei acima.

A pessoa que não se curava da sua doença poderia dizer: 1) **nache pohãngi** (T:434) *no me curan, no tengo cura, o remedio*; 2) **mba’e ipohãngỹmbae** (T:434) *cosa incurable, sin remedio*; 3) **mba’e ipohãmbyre’ỹ ko** (T:434) *esto es cosa a que no se a aplicado medicina*. Neste caso, surge a ação de quem faz e/ou aplica a droga: 1) **aipohanõ** (T:434) *yo le curo*; 2) **che pohãno** (T:434) *me curo*; 3) **añemopohanõ** (T:434) *curarse a sí mismo*; 4) **amopohanõ** (T:434) *hacer que le cure*.

Sentindo na pele...

A pele é conhecida pelos nomes **pi, mbi, piréra** (T:409, V:321) *piel, pellejo, cuero*. Montoya registrou vários tipos de lesões cutâneas que se podem relacionar com doenças epidêmicas:

1) erupção cutânea: **kuruchã** (T:282) *ronchas*; **pi munda, pitai, penũ, openũ, humby, tumby** (T: 387, 405, 410, 420, V:354, 397) *ronchas, cosa sobresaliente de la superficie, sarpullido, verdugones, morado* [arroxeadado]. Poderia ser uma picada de insetos ou manifestações de enfermidades;

2) mancha, exantema: **apia, pia, pere, ra, ýi, ype**, (T:65, 414, 487, 639, V:266) *mancha, levantado, no parejo*; **pere** (T:406) *mancha de sarna*); **ýi** (T:636, V:266) *mancha*;

3) boubá: **miã, piã, a** (T:414, V:78, 210) *bubas, granos*. É relativo a sífilis terciária e, como descreve TC (1:154v), *vale pústulas, porque las bubas pícaras arrojan a la cara y a la cabeza unas postillas, que es forzoso el paciente andar con unas botanas* (faixas para proteger feridas);

4) pústula \ abscesso: **ru'a, ruru, mbiru'a, popiru'a, a** (T:1, 331, 420, 503, 505, 596, V:226, 320, 328, 395) *ampolla, vejiga, hinchazón, postema, rozadura, callo*. Para TC (1:66) *ampolla...en las partes del cuerpo se suelen levantar unas ronchas grandes, redondas, que por el semejante las llamaron ampollas*. No TC (1:80) *ampolla* também dá significado de uma *hinchazón que suele criar materia, abrirse, y hazer llaga*;

6) chaga, traduzida como *llaga* no contexto das doenças infectocontagiosas, é a ferida e ulcerações de aparência e extensão variada: **ai** (T:17, V:258) *llaga*. Encontramos o diminutivo, **marã** (T:296, V:266) *enfermedad, mancilla*. *Mancilla* foi definida como (TC 2:535v) *cualquiera llaga, o herida que nos mueve compasión. És diminutivo de mancha o macula*;

7) cicatrização: **pisẽ, ipisẽ, ipi jepota, ipi ñemoñã** (T:409, V:169) *encorar la llaga [jepota T:211 pegar, llegar continua cosa; ñemoñã T:319 criar, metáforas sobre a criação de epiderme]; apekue* (V:118) *costra; ype, pe, pere, jáupekuéra* (Montoya 1639:175v; T:204, 401, V:328) *mancha, postilla [costrilla]; che perepere* (V:328) *postillas tener*. **Pe** é a crosta, a casca de ferida e, também, casca de árvore. Montoya (T:401) registrou duas expressões que têm o mesmo significado em anatomia humana e botânica: **ype ja** (T:401) *está pegada la cáscara; ndipe'ogkáví* (T:401) *no se há descascarado*.

O progresso da erupção cutânea foi descrito: 1) **añemopi munda** (T:410) *crío ronchas*; 2) **che pi munda, che pitai, che penũ** (T:405, 410, V:354) *tengo ronchas, tengo verdugones, ronchas tener*.

A erupção de manchas e pústulas também foi registrada considerando a quantidade \ densidade delas sobre a pele com o termo **mbeju** (T:330) *cosa apeñuscada* (a repetição de **mbeju** indica a gravidade, intensidade do espalhamento das erupções: **imbeju mbeju kuru** (T:330) *viruelas muy juntas; mbiru'a mbeju mbeju, piru'a* (V:360) *sarampión*; 3) **che pi munda mbeju mbeju** (T:410) *tengo muchas ronchas*.

As manchas são alterações na cor da pele que podem se tornar eritematosas ou assumir várias tonalidades, com vários registros, como se poderá ver nos itens relativos às enfermidades. A pessoa diria **che ra** (T:487) *mi mancha*, ou se acometida com frequência: **che rasy pere perev** (T:407) *de cuando en cuando estoy enfermo*. Montoya registrou casos de manchas não letais, mas desagradáveis, como a *tinea capitis*: **avatīnga** (V:266) *mancha en la cabeza, tiña*; **apirype** (T:69, V:380) *tiña* (o doente: **apirype rerekuára** V:380 *tiñoso*). O processo de cicatrização se nota pela **apirypi** (T:69, V:380) *tiña, costras de la cabeza*.

As pústulas são abscessos com ou sem elevação da epiderme que contêm fluido purulento, o pus, definido como *materia* (TC 2:542v) *materia en las heridas, es la podre que sale de ellas, latín, pus, puris*. As com tamanho pequeno eram chamadas de grãos: *grano, la bubilla que nasce en el rostro, o en outra parte del cuerpo, pequena, como un grano de semilla* (TC 2:448v).

O pus foi traduzido como **péu, mbéu** (T:409) *materia podre*, e **aupa** (T:100) *la podre de las llagas*; **che ruru aupa** (T:100) *la podre de mi tumor*. Logo, **ai péu** (T:17) *llaga con matéria*. O *postema* formado pelo acúmulo de pus é traduzido como abscesso: **ruru** (T:505, V:328) *hinchazón, postema*: 1) **che ruru** (T:505) *mi postema*; 2) **che ruru ruru** (T:505) *tengo muchas postemas*; 3) **che ruru pug** (T:505) *reventó la postema*; 4) **otúí japepo** (T:594) *rebosa la olla, llaga*. Os furúnculos também foram registrados: **ruru, jati'i** (V:157) *divieso*, assim como a sensação incômoda da pressão que ele causa à medida que se desenvolve: 1) **che jati'i nunu** (T:354) *el divieso me dá latidos*; 2) **che atí'i nundu** (T:354) *latidos del divieso*.

Che péu, mbéu (T:409) *tengo podre*, situação em que a ferida purulenta era considerada “podre”: **jáu** (T:204, V:341) *llaga podrida, raigón de la materia*. A evolução das pústulas foi registrada: 1) **ndipéui rangẽ** (T:409) *aún no tiene materia*; 2) **tipéu rangẽ** (T:409) *crie primero materia*; 3) **gumbýramo ipéune** (T:596) *en estando morado tendrá materia*; 4) **ipéu yku** (T:409) *está rala la podre*; 5) **ipéu nĩ ojekuaa** (T:409, 562) *parece la boca de la materia*; 6) **tobapiu, tovapiũ, hovapiũ** (T:395, 589, V:74) *boca de la postema, donde parece más madura* (**hova** T:173 *abierto*); 7) **tatã ipéu** (T:409) *está la podre duro*; 8) **añamĩ**

ipéu (T:34, 409) *estrujar, exprimir la podre* (**amĩ** T:34 *exprimir, apretar, estrujar*); 9) **jáupa okúi** (T:204) *salió la raíz de la postema*.

As *llagas* abrangem largo espectro de patologias cutâneas, incluindo lesões não causadas por doenças não apresentadas aqui: 1) **ai** (T:17, V:258) *llaga*; 2) **jáuvo** (T:204) *llagado*; 3) **che ai ai guitekóvo** (T:17) *estoy llagado*; 4) **che ai** (T:17) *mi llaga*; 5) ; **che mboai** (T:17) *me llagó*; 6) **ai pyahu** (T:17) *llaga nueva*; 7) **ai vyma, ijáu** (T:17, 98) *llaga vieja, su llaga vieja*; 8) **che ai ha'ó** (T:146) *huele mal mi llaga* (**ha'ó** T:146 *corrupción*); 9) **che ai amboa'ó ipohanō haguere'ýma** (T:146) *el no haberme curado hace oler mal mi llaga*; 10) **añoṗũ che ai** (T:452) *he lastimado mi llaga*; 11) **che apysakua rai** (V:298) *oídos tener llagados*.

A cicatrização possui diversas expressões relativas a *encorar*, ou como definiu CV (1:349), *hacer coros la herida*, formando nova epiderme: 1) **ka'ẽ** (T:232) *secarse llagas*; 2) **che pe atã** (V:328) *postilla criar*; 3) **apekue** (V:118) *costra*; 4) **aipe'og** (T:401) *quitarse las postillas*; 5) **ai hovaso'í** (T:17) *llaga que se va sanando, y criando cuero*; 6) **nde'í ipisēma rangẽ** (T:409) *aún ha encorado*; 7) **pisẽ** (T:409, V:169) [*encorar, cicatrizar*]; 8) **ipisẽ, ipi jepota, ipi ñemoñã** (V:169) *encorar la llaga* (**jepota** T:211 *conyunción, llegar continua cosa*; **moña** T:319 *criar*); 9) **che ai pisẽ** (T:409) *ya se me ha encorado la llaga*; 10) **ijuruvy che ai** (V:97) *cerrarse la herida*; 11) **oje'og che kutukaguéra** (T:382) *cerróseme la herida*.

A cicatrização também tem o sentido da cura: 1) **aka'ẽ matã** (T:232) *estoy medio sano de llagas*; 2) **aka'ẽ** (T:232) *yo estoy sano de llagas*; 3) **aka'ẽ** (T:232) *yo estoy sano de llagas*; 4) **che ai oka'ẽ** (T:232) *sanó mi llaga*. A pessoa que auxiliou o processo de cura de outros poderia dizer: **amoka'ẽ** (T:232) *sanar llagas a otros*; **cheremimoka'ẽ** (T:232) *las llagas que he curado*, com o sentido de *secá-las* (**moka'ẽ** T:310 *cosa enjuta*).

A pele cicatrizada podia ser observada: **pereb, aivo** (V:258) *llaga, señal de ella*; **perepere** (V:363) *señales de llaga*. Também tinham a **kuru ype** (T:639) *mancha de viruelas, o sarna*.

Em todas as situações a condição das lesões piora com os atos de coçar, esfregar e roçar o corpo com ou em alguma coisa: 1) **karãi, aikarãi, ahe'yi**, (T:240, V:342) *rascar*; 2) **popiru'a** (T:439) *rozarse*,

ampolla, rozadura; 3) **añekarāi, añee'yi** (T:170, 240, V:342) *rascarse, yo me rasco*; 4) **che re'yi epe** (T:170) *ráscame tu*; 5) **che karāi** (T:240) *me rascan*; 6) **ahe'yi** (T:170) *yo le rasco*; 7) **añee'yi** (T:170) *rascarse mucho*; 8) **añee'yiuka** (T:170) *hacerse rascar*; 9) **ko'õ, che pitasy, tái, pi** (T:256, V:182) *escocer, escocimiento [frotar]*; 10) **che nambi akuvo, che nambi ko'õ, hasy che nambi, che nambi pytasy** (V:182) *escocer las orejas*; 11) **che resa nambi ko'õ** (V:182) *escocer los ojos*; 12) **che ko'õ, che ro'õ jekytyka, che ro'õ jekytykue ko'õ** (T:, V:182) *escocer ludiendo [frotando]*; 13) **che ko'õ che ro'õ ijekyty haguéra** (T:256) *escuéceme la carne por haber ludido [frotado]*; 14) **amoko'õ** (T:256) *hacerle escocer*; 15) **añemoñeko'õ** (T:256) *hago que me escueza*; 16) **pichy, aikyty** (T:409, 415) *refregar*; 17) **che pichy** (T:409, 415) *refregarme*; 18) **aipichy** (T:409, 415) *refregarle*. Como resultado, a pessoa diria: **añemboai ai guínee'yina** (T:17) *heme llagado rascándome*.

As áreas passavam a ter pruridos antes de começar a formar as crostas: **ay, ayvo** (T:107) *aguanoso, humor de heridas, viscosa cosa*; **y** (V:25) *aguanosa cosa*.

Exantemas

A característica mais marcante do exantema é o surgimento de manchas avermelhadas e pápulas, daí o nome **pita'i** (T:420, V:360) *sarpullido*. A pessoa acometida poderia dizer **che pita'i, añembopita'i** (V:360) *sarpullirse* ou **che pikorói** (T:257) *tengo sarna, o sarpullido, o viruelas (pikorói T:257 asomar cualquier cosa)*. Mas poderia evoluir para doenças agudas com erupções cutâneas que se espalham rapidamente por todo o corpo ou áreas determinadas, causadas por infecções virais e bacterianas, como varíola, sarampo, tifo epidêmico, escarlatina, varicela, rubéola, infecções estafilocócicas, eritema infeccioso (parvovírus), enterovirose (causadas por diversos vírus). Não há registro para escarlatina, que afeta a garganta, podendo causar eritema: *Esquinencia* (TC 1:267v) *Enfermedad que da en la garganta*.

A taxonomia registrada por Montoya deixa claro que a sarna, varíola e sarampo eram consideradas patologias diferentes pelos

européus, mas para os Guarani parece que as definições **mbiru'a**, **piru'a**, **kuru** eram usadas indistintamente em sarna, varíola e sarampo. Borah (1992, p. 7), citando a E. P. Ball (1977), reflete sobre a dificuldade que os médicos tinham para diferenciar varíola e sarampo até o começo do século XVII, o que parece não ser o caso de Montoya. Em 1611, após quase um século de devastação nas Américas, a varíola (TC 1:211) era considerada na Espanha como uma *enfermedad que suele ser común a los niños, porque procede de abundancia de pituita o flema*.

Sarna

É definida com os termos **kuru**, **kurúva**, **pita'i** (T:281, V:354, 360) *sarna, roña*, para expressar a coceira, prurido e o surgimento de manchas avermelhadas, pápulas e pústulas na cútis. Quando a sintomatologia apresentava as formas mais graves, os Guarani também a chamavam de *viruelas*. Ou usavam o termo **kuru vai** (T:281) *mala sarna*. A pessoa poderia dizer **añembokuru** (T:281) *me hago sarnoso*, e poderia ser chamada de **kuruvo**, **kuruvóra**, **kuruvaivo**, **ikuruvo**, **pita'ivo**, **kuru porarahára**, **kuru vai porarahára** (T:281, V:354, 360) *sarnoso, roñoso*.

Pelo aspecto das manchas avermelhadas, se usava os termos **pere**, **perevi** (T:407) *señal, mancha de sarna*, ou **kuru ype** (T:639) *mancha de sarna* (**ype** (T:639) *suciedad, mancha*). A cicatrização formava as **kuru apere**, **apekue** (T:281, V:118) *costras de sarna* e **oñembokuru apere**, **oñembokuru apekue** (V:118) *costra de sarna hacerse*.

Varíola

A varíola foi definida: **mbiru'a**, **piru'a**, **kuru** (T:281, V:400) *viruela*. Também está registrada a noção de contágio: **amboja hese piru'a** (V:400) *viruelas pegar*; **che piru'a**, **mbiru'a aiporara** (V:400) *viruelas tener*. Os que sobreviveram ao contágio tinham o **tova kuare** (T:589) *rostro hoyoso*, assim como a **kuru ype** (T:639) *mancha de viruelas* (**ype** (T:639) *suciedad, mancha*). E, também diriam: 1)

mbiruí chemborá mborá (MONTROYA, 1639, p. 333v) *las viruelas me han dejado manchado*; 2) **che mbova kuare mbiruí a** (T:589) *las viruelas me han dejado hoyoso el rostro*. Havia como identificar aqueles que não foram infeccionados: **mbiruí a porara é'ỹ ndahova kuaréi** (T:589) *los que no han padecido viruelas, no tienen hoyos en el rostro*.

As tentativas de cura não eram evitadas: **ioroipohanõ tande mbopi korói piruí a** (T:257) *quírote curar para que [no] broten las viruelas*. Eram usados, por exemplo, unguentos de gordura (**kyra** T:285 *gordura, grasa*): 1) de mamíferos, como a *Pteronura brasiliensis* Gmelin: **guairaká kyra** (GATTI, 1985, p. 115) *grasa de lutra que los Guaraní do Alto Paraná usavam contra a varíola*; e 2) de insetos, como os do gênero *Sitophilus*: **ysog pytã kyra** (GATTI, 1985, p. 144).

No Brasil o primeiro registro conhecido de varíola é de 1562, quando um surto começou no litoral sul da Bahia. Como relatou uma testemunha em maio de 1563, *uma peste tão estranha que por ventura nunca nestas partes houve outra semelhante* (VALE, 1958, p. 9), que durou entre 18 e 24 meses (BLÁZQUEZ, 1958, p. 56), de onde se espalhou pelo Brasil. A área de São Paulo de Piratinga foi contagiada no final de 1563 ou nos primeiros meses de 1564, conforme o relato da Câmara do lugar: “por todo o mês de maio, porquanto as doenças foram muitas e as bexigas mataram muita gente e os que escaparam estão ainda que não podem trabalhar...” (ACSP, 19, p. 40). O seu impacto foi letal e, conforme Anchieta em janeiro de 1565, houve surtos de varicela (as “dulces”) e varíola (“cosa horrible”):

La principal de estas dolencias han sido viruelas, las cuales son dulces y como las acostumbradas, que no tienen peligro y fácilmente sanan, mas ay otras que es cosa horrible. Cubriese todo el cuerpo de pies a cabeza de una lepra mortal, que parece cuero de cazón, y ocupa luego la garganta por dentro y la lengua, de manera que con mucha dificultad se pueden confesar, y en 3, cuatro días mueren ; otros, que viven más, hiéndanse todos y quebrácelos la carne pedazo a pedazo, con tanta podredumbre de materia, que sale de ellos un terrible hedor, de manera que acúdenles las moscas, como a carne

muerta y podrida, sobre ellos, y le ponen gusanos que, si no les socorriesen, vivos los comerían (Anchieta, 1958, p. 178-179).

No Guairá há falta de dados objetivos para qualificar as epidemias no século XVI, especificamente a varíola. Contudo, é bastante provável que essa região também tenha sido alcançada pela mesma epidemia referida acima, considerando as relações com os Tupiniquim e europeus do atual território de São Paulo. A partir de 1590, outra epidemia de “peste cruelíssima” assolou o Guairá e a bacia platina, como referiu Lozano (1754 1, p. 63-64), que registrou os efeitos letais da “epidemia composta” por varíola, sarampo e caxumba que começou no litoral da Colômbia (COOK, 1992; NEWSON, 1995).

Destemplóse el aire con maligna influencia de los astros, y encendiose un contagio pestilente, de que murieron muchos... Principiose la epidemia desde la ciudad de Cartagena, el año de 1588, y fue discurriendo por toda la América Meridional, hasta el Estrecho de Magallanes, sin perdonar el rincón más remoto... con crueldad se cebaba en los nascidos en la América, que paraban monstruosos... cerrábanseles las fauces, de manera, que ni daban paso de lo interior al aliento, ni del exterior al alimento, feneciendo la miserable vida entre las congojas del ahogo. Nadie, creyera, que la epidemia obraba, sino como contagio, pues consumía familias, y ciudades enteras (Lozano, 1754 1, p. 63)

O registro “paraban monstros” foi uma metáfora comum para descrever o estado em que ficava a superfície da pele coberta das bolhas da erupção cutânea da varíola (a pele de cação, referida acima por Anchieta) e do sarampo que evoluíam rapidamente, seguindo-se pus, sangue e odores fétidos que se espalhavam por todo o corpo. E as “fauces cerradas” eram as gargantas/faringes inchadas, efeito da caxumba que dificultavam a respiração e a alimentação.

O primeiro registro conhecido com o nome “varíola” é de 1613, com um surto no sul de Assunção (TORRES BOLLO, 1927b).

Montoya relatou um surto em 1627 e outro que se desenvolvia na área do rio Uruguai, espalhando-se para norte através dos territórios dos Chiquis e dos Gualachos, adentrando no Guairá em 1628 pelo médio rio Iguazu até a área das cabeceiras dos rios Piquiri e Ivaí, onde em alguns lugares estava *el pueblo todo caído de viruelas*:

visité todos estos pueblos de Gualachos. Era lastima verlos todos tendidos por los suelos, unos boqueando, otros dando voces, otros quejándose y otros ya difuntos y fue el desorden que tuvieron en lavarse con el calor de la enfermedad en estos arroyos de minerales que en medio del verón vienen frigidísimos (MONTROYA, 1951, p. 293, 296)

Em setembro de 1628 a epidemia assolava a área central do Guairá, onde todas as missões, menos uma, estavam *llenas de viruelas* (SALAZAR, 1922, p. 213). No século seguinte, a varíola continuou afetando os Guarani que optaram por se assentar nas missões ou próximo delas, causando pesadas baixas nos séculos XVII e, especialmente, XVIII. Jackson (2014) fez um levantamento demográfico e epidemiológico sistemático, mostrando surtos periódicos separados por intervalos médios de 20 anos, com letalidade variável em cada sítio, alcançando até 60% da população em alguns casos. Também mostra que a doença se espalhava com rapidez e que era mais letal com os nascidos após o surto anterior, concluindo que

Esto desafiaba la noción de que las poblaciones indígenas crecían inmunes con el tiempo. Más bien, los que sobrevivieron al contagio tenían inmunidades y muy probablemente sobrevivirían si se infectaban nuevamente; mientras que los nacidos después de un brote anterior serían más susceptibles (JACKSON, 2014, p. 110).

Sarampo

O termo é o mesmo da varíola e da sarna, destacando a pele coberta de pústulas: **piru'a** (V:360) *sarampión*. Outro termo com a mesma tradução enfatiza a “pele cheia de feridas”: **mbiru'a mbeju**

mbeju (V:360). O sarampo tem registros conhecidos no início do século XVII e o caso reportado acima por Techo e Lozano, juntamente com a varíola e a caxumba a partir de 1589-1590 (mas provavelmente houve outros eventos no século XVI que ainda não foram definidos).

No começo do século XVII o sarampo foi considerado uma doença infantil: *Sarampión* (TC 2:170v). *Enfermedad conocida que suele dar a los niños, empezando con unas calenturas ardentísimas y pintándoles todo el cuerpo; díjose a serpendo porque va cundiendo.*

Lepra

A doença era definida *mal pellejo*: **pirai, mbirai, kuru, kuru vai** (T:331, 410, 419, V:249) *lepra*. A pessoa em estágio avançado sofria com a **kuru vai** (T:281) *mala lepra*, perdendo pedaços: **che apakúi** (T:57) *cáeseme la carne de podrida (apakúi T:57 caer, derrocar, desmoronar, não parece ser de lepra, mas de outra causa)*. O cheiro era conhecido como **omonē angaipa** [pirai] **ase rete** (T:410) *la lepra causa mal olor al cuerpo* **omoase nēvu pirai** (T:411) *hace la lepra echar mal olor al cuerpo*. A estética da enfermidade foi anotada: **romby pirai ojuka ase rete** (T:410) *la lepra afea el cuerpo*. **Porombojeguaru piraivo ava rehe** (T:411) *causa el leproso asco a los hombres*.

A noção de contágio da lepra era conhecida: 1) **amboja hese kuru** (T:281) *peguele la lepra*; 2) **che kuru amboja hese** (V:249) *lepra pegar*; 3) **añembo piraí** (T:281) *hágome leproso*; 4) **añembokuru** (T:281) *me hago leproso, o sarnoso*; 5) [pirai] **tuguy omboaiipa** (T:411) *la lepra corrompe el sangre*; 6) **mbirai ombopeti ase rete** (T:410) *la lepra corrompe el cuerpo*; 7) **pirai se rete rehe já nunga** (T:410) *como la lepra [se pega] al cuerpo*. A pessoa infectada era **piraívo, pirai porarahára, pirai jára, pirai renoihára, pirai rekuára, mbiraijára, rekuára, porarahára** (T:410, 419, V:249) *leproso*; **che mará'a** (V:265) *malato [enfermo, leproso] andar*. A cicatrização de alguma área poderia criar **kuru vatã** (T:281) *lepra con costras*.

Febres

As febres têm diversas causas e sintomas, alguns descritos e definidos por Montoya. Em 1611, *fiebre* e *calentura* eram sinônimos e era senso comum que havia *muchas diferencias de febres* (TC 1:403), mas Covarrubías-Orozco (TC 1:175) as diferenciava declarando que *calentura, es la fiebre, encuanto es calurosa y ardiente*.

Primeiro, serão reunidos os registros sobre os sinais: suor, frio, calafrio e febre.

Suor: 1) **ay, ty'ái, mbiry'ái, piry'ái, ty'ái** (T:107, 331, 420, 603, V:371) *sudor, sudor de persona y cosas*; 2) **che piry'ái, che ry'ái** (T:107, 603, V:371) *sudar, mi sudor*; 3) **ty'ái ho** (T:603, V:371) *pásase el sudor*.

Calafrio: É necessário diferenciar entre sinal de enfermidade e sensação térmica: 1) **ro'y** (V:201) *frío*; 2) **ro'yvo** (T:622) *lo que contiene frío, resfriado*; 3) **aro'yvo** (T:501) *padezco frío*; 4) **pirĩ, mbirĩ, karasy** (T:419, V:85) *escalofrío*; 5) **che rete pirĩ aiporara** (T:420) *padezco calofríos*; 6) **che pirĩpirĩ** (V:85) *calos fríos tener*; 7) **che karasyrasy** (V:85) *calos fríos tener*. Gatti (1985, p. 244) refere que **pirĩ** seria o frio causando o arrepio na pele, como a “pele de galinha”. O calafrio enquanto sinal de enfermidade, geralmente resulta de febre elevada enquanto o corpo procura ajustar a temperatura. Além de calafrio, **pirĩ** (T:419) possui mais dois significados: *temblor* (tremor), e *latido* (batimento cardíaco, palpitação e tremor: **nu, nundu, nunu, nññ, totõ** T:353, 354, 586, V:247 *latidos, temblor, tembladero*). Por exemplo: 1) **nundu che retapa ohu** (T:353) *tiénneme cogido todo el cuerpo los latidos*; 2) **che monundu nundu che rasy** (T:353) *cáusame latidos la enfermedad*.

O “tremor” também pode ter sentido de medo e frio, mas aqui se destaca o efeito relacionado com febre: 1) **che ryrýi, che tyty** (T:506, 608) *yo tiemblo*; 2) **che kãng opyta ryrýi** (T:506) *tiemblame los huesos*; 3) **che rembe ryrýi** (T:506) *tiemblame los lábios*. Portanto, se percebe a definição dos tremores causados pela febre: **che rete tyty** (T:608) *dame latidos mi cuerpo (ryrýi, tyty, tytyi, tyvi, totõ T:506, 586, 608 temblor, latido*. Pode ter também o sentido de palpitar e pulsar dos batimentos cardíacos: 1) **che rajy onññ, che rajy nññ, che**

poapy n̄ññ, tyty, tyvi (V:132, 247, 375) *latidos del pulso*; 2) **che py'a tyty, on̄ññ che py'a, ototō che py'a, ty, py'a tyty, py'a totōi** (T:470, 586, V:132) *latidos del corazón*; 3) **che akāng n̄ññ, otyty che akāng** (V:132, 247) *latidos de la cabeza*. A dor de cabeça possui outra definição, sem relação com palpitação ou frio: **akāngasyvo** (T:622) *el que padece dolor de cabeza*. Montoya registrou a expressão **che poapy raju onyn̄ ete** (T:423) *tengo calentura*, cuja tradução literal é “febre tomada no pulso sentindo os batimentos” (**poapy** T:423, V:285 *muñeca de la mano, muñeca del brazo*).

Febre: A pessoa com febre possui diversos registros, sendo o mais geral **che akānundu** (MONTTOYA 1639, p. 399) *tomase por tener calenturas*. De outra forma se pode traduzir como *acalenturado* (V:10): 1) **che akānundu pehē**; 2) **che akānundu atā**; 3) **che akānundu vyvi**; 4) **che akānundunundu**. A febre com palpitações na cabeça também possui vários registros, todos podendo ser traduzidos por *latidos de cabeza y tomase por calentura*: 1) **akānundu** (V:84, 196); 2) **akāng nundu** (T:26); 3) **akāng nunu** (T:354); 4) **che akāng nunu** (T:354); 5) **che moakāng tyty** (T:608); 6) **che akāng jeh̄yí** (T:207). Uma das expressões revela palpitações com sensações mais fortes: **che akāng nundu** (T:353) *dame latidos la cabeza, me dá porrazos la cabeza (tómase por calentura)*. A febre de longa duração foi anotada: **akān nundu ojepota pota** (T:211) *calenturas contínuas (jepota T:211 conjunción, llegar continua cosa)*. A pessoa com febre diria **kā nundu aiporara** (T:443) *tengo calentura*.

A febre que causa sensação de frio: 1) **karasy, karasy ryr̄y** (T:26, V:84, 201) *calentura con frío, fríos y calenturas*; 2) **che karasy** (V:171) *enfermedad de calenturas y fríos*; 3) **che karasy ryr̄y** (V:84) *calentura con frío tener*; 4) **kānundu ryr̄y areko** (V:201) *frío de calentura tener*. A pessoa tendo sensação de frio: **karasy porarahára, karasyvo** (T:242) *el que padece resfriamientos*. A alternância entre frio e calor ao longo do estado febril foi registrada: **akānundu ro'y, kānundu ro'y** (T:26, V:201) *fríos y calenturas, frío de calentura*.

O fim da enfermidade causadora da febre: **che akānundusāi, che ro'y, che piro'y ro'y ko'yte** (V:46) *aplacarse la calentura*.

Patologias do trato respiratório

Sobre a respiração há vários registros: **pytu**, **mbytu**, **avu** (T:105, 482, V:350, 351) *vaho, resuello, aliento, respiración*. Respirar: 1) **che pytu** (T:483) *mi aliento*, **che pytungatu** (V:32) *aliento tomar*; 3) **che pytu katu ko'yte** (T:483) *ya estoy con aliento*. Respirar com mais força: 1) **che avu** (T:105) *yo resuello*; 2) **che angapysy**, **añemopytu** (V:32) *aliento tomar, esfuerzo*. A falta de ar: 1) **nache pytusēmi** (T:484) *no puedo alentar*; 2) **che reve atã che avu ndoipotári** (T:105) *no puedo resollar de harto*; 3) **che pitupa**, **che avupa** (T:482, V:351) *háseme quitado el aliento*; 4) **avu'e'ỹme** (T:105) *sin resuello, no resuello, no tengo resuello*; 5) **opytu pukukuéra ri oiko** (T:483) *da resuellos largos (como el que está muriendo)*. A sensação ou o afogamento: **pytỹ** (T:485) *ahogamiento*. Se a respiração normalizasse: **pytupo** (T:482, 484) *he cobrado el aliento, volver a resollar*.

Várias causas afetam a respiração, mas nem todas evoluem para doenças. A seguir serão mostrados registros de sinais de problemas relacionados ao aparelho respiratório.

O primeiro a destacar é a tosse indeterminada, também sinônimo de catarro para os Guarani: 1) **u'u** (T:615, V:93, 312, 384) *tos, catarro, pechuguera*; 2) **che u' u** (T:615, V:93, 384) *toser, tengo tos, catarro tener* (catarro pode ser rinite alérgica ou o desenvolvimento de enfermidade viral); 3) **iju'u**, **ou'u** (T:615) *tiene tos*. Algum fator aleatório ou externo causaria a tosse: 1) **che mbou'u** (T:615) *causame tos*; 2) **ro'y che mbou'u** (T:615) *el frío me causa tos*.

A evolução para uma doença respiratória afeta os **ñe'ã vevúi** (T:364, V:75, 254) *bofes, pulmón, livianos* (**avu** T:105 *respirar*). Alguns sinais são as tosses e a dificuldade para inspirar: 1) **che u'u porara** (V:384) *toser a menudo*; 2) **u'ú jeahéi** (T:615) *tos enfadosa*; 3) **che uu aséi** (V:384) *toser enfadosamente*; 4) **u'u atã**, **u'u oku'e'ỹva'e** (T:615, V:312) *pechuguera dura*; 5) **ndipýu che u'u**, **ndokue'úi che u'ú** (T:615) *pechuguera cerrada*; 6) **u'u ipykopy** (V:312) *pechuguera durar*. Por fim, um sinal do arrefecimento da condição: **oku'e che u'u atã**, **ipýu ymã che u'u** (V:312) *pechuguera dura ablandarse*. A *pechuguera* é uma tosse persistente que pode sinalizar várias alternativas,

inclusive ambientes continuamente enfumaçados, como o interior das residências, tabagismo, bronquite, asma, resfriado, gripe e estágios de outras enfermidades epidêmicas.

A expectoração, **nyvũ, andyvũ, anyvũ, anyvũ hese** (T:355, V:184) *escupir*, poderia ser uma consequência de enfermidade que afeta o pulmão: 1) **tendy** (T:560, V:358) *saliva*; 2) **tendy guasu, tendy apytã jy** (T:560, V:120, 198) *cuajarones, flemas* (em quantidade = **apytã** (T:80) *montón*, **jy** (T:225) *recio, duro*).

Sobre os sinais de respiração dificultada, há especificidade apenas na definição de asma: **u'u ai, u'u kororõ** (T:615, V:56) *asma* [**kororõ** T:258 *ronquido (de los moribundos, cuando se levanta el pecho)*]. Na pneumonia temos os sinais, mas não uma definição objetiva: 1) **che u'u** (T:615, V:93) *tengo tos, catarro tener*; 2) **u'u tyie'ỹ, ndatýi che u'u, ijaku'i che u'u, ipoty vai che u'u** (V:384) *tos seca*; 3) **poti'a py** (T:450) *tengo pecho apretado, o con pechuguera*; 4) **poti'a asy** (T:450) *dolor de pecho*; 5) **poti'a po** (T:450) *pecho levantado*. Há inclusive o registro de uma situação grave: **añemopoti'a po** (T:450) *hacerse grave, cuellierguido, y del moribundo cuando se levanta el pecho* (**poti'a, mboti'a** T:450, V:311 *pecho*).

Uma das consequências da pneumonia é a expectoração de sangue, que também pode ser considerada sinal de tuberculose: **tuguy ñemotypy'a, typy'a tuguy, tuguy rypy'ag** (T:607, V:120) *sangre cuajado, cuajarones de sangre* (**tuguy** T:594 *sangre*; **typy'ag** T:607, V:120 *cuajo, cosa cuajada*). Há informação de abscessos, **che rendy guasu** (T:560) *flemones*, mas não sabemos se são periamigdalinos (**apekũ a'ỹi** V:23 *agallas*).

O excesso de catarro poderia ser chamado de **apỹiniy, ñemoatía** (V:352) *romadizo* (catarro, coriza, secreção excessiva da mucosa nasal); **che apỹiniy, añemoatía** (V:351) *romadizarse* [acatarrarse] (**amby, ambýu, apỹini y** T:38, 39, 75, V:278 *mocos, humor que corre de las narices*). No início do século XVII, *romadizo* era sinônimo de catarro na Espanha (TC 1:221), enquanto nas Américas foi considerado uma infecção das vias respiratórias causadora de epidemias letais (COOK, 1992, 1998).

Catarro (TC 1:143v) era considerado como *una destilación que cae de la cabeza a la garganta, y al pecho... lo mismo significa romadizo... alguno le llaman dexeño, cuasi descensus... verbo catarro sinónimo de romadizo; acatarrarse (TC 1:143v) estar acatarrado, tener catarro, romadizo, corrimientos, reumas, o dexeños; Romadizo: cuasi reumático de reuma, que fluxus, porque corre de la cabeza. Verás la palabra catarro. Romadizarse, romadizado... Reuma, es lo mismo que romadizo, que vale corrimiento, nombre Griego, reuma, reumático, el que es apasionado de corrimientos (TC 2:164).*

Há um registro importante para o tratamento dos enfermos de doenças pulmonares, com ventosas aplicadas com vasilhas de vidro ou cabaças de lagenárias: **ahapy y'a pype, ko terã ñe'ãng echáka pype** (T:365) *echar ventosas con calabazos, o vidrios.*

Especificando as enfermidades pulmonares

Pleurisia

A pleurisia é a dor aguda no peito agravada pela respiração e a tosse, especialmente na parte lateral, resultante de infecção viral que causa a inflamação da pleura, a membrana que envolve os pulmões e a cavidade torácica. Entre os sinais adjacentes da dor estão a falta de ar, tosse, febre ou perda de peso: 1) **yke asy** (T:637, V:158) *dolor de costado (yke T:637 costado, lado);* 2) **che ñarukãnguýpe che rasy, añemboyke asy** (T:363, 637) *tengo dolor de costado.* Os termos deixam claro que se trata das costelas (e, também, do esterno): **ñarukãng** (T:363, V:118) *el hueso donde está el corazón, costilla;* **che ñarukãng** (T:363, V:118) *mis costillas.*

TC (1:245) define que *costado*, tradução de “lado”, do latim, “latus”: *dijose así a costis, porque las costillas que salen del espinazo, abrazan el uno y el otro costado...* e finaliza escrevendo: *dolor de costado.* Em Montoya não há definição de pleura, informando apenas: 1) peritônio: **tye pysa** (V:375) *tela de las entrañas;* 2) pericárdio: **ñe'ã asojáva, ñe'ã ao, py'a ñembyaha, ñe'ã ñembyaha** (T:364, 374, V:375) *tela del corazón (py'a, py'a'a T:462, 463 corazón, ñembyaha T:374 tela, ao T:54 lienzo;*

asojáva T:90 cobrir e sentido de envólucro); 2). Em Gatti (1985, p. 218) **ñeà-aó** vem definido como “f.a.” (forma arcaica) *lo que viste las entrañas: pleura, pericardio, peritoneo.*

Encefalite letárgica

Encefalite letárgica é uma síndrome neurológica causada por um enterovírus, caracterizado por fases aguda e crônica. Na aguda normalmente se experimenta sonolência excessiva, distúrbios da motilidade ocular, febre e distúrbios do movimento, mas outros sinais podem ocorrer, incluindo neurológicos. Frequentemente, pode surgir como início de gripe, incluindo mal-estar, febre baixa, faringite, calafrios, dor de cabeça, vertigem e vômito. Os que sobreviveram poderiam ficar com “sequelas neurológicas persistentes e permanentes que os tornavam quase acinéticos” (HOFFMAN; VILENSKY, 2017).

Na Península Ibérica e nas Américas já era descrita no século XVI com o nome de modorra (Malkiel 1955; Cook 1998). Ela foi definida por Covarrubias-Orozco (TC 2:552) como uma *enfermedad que saca el hombre de sentido, cargándole mucho a la cabeza. Modorro, el que esta con esta enfermedad soñolienta. Amodorrado...*, dando como sinônimo *letargo, enfermedad que comunmente llamamos modorra* (TC 2:522). São justamente os nomes usados por Montoya: 1) **topehíi usu** (T:584, V:249, 279) *modorra, letargo*; 2) **topehíi usu aiporara, topehíi usu póra ahẽ, che ropehíi usu** (V:249, 279) *modorra tener, letargo padecer. Usu* (T:615) *grande, largo*, dá o sentido de lapso de tempo prolongado, demorado ao **topehíi** (T:584, V:371) *sueño*, palavra que Montoya escolheu para traduzir, cujos sinônimos em castelhano são justamente *modorra, somnolencia, siesta, cabezada, coma, narcosis*.

Tem sentido diferente de dormir em condições normais: **ke, ake** (T:248, V:159) *dormir*. Alguém que necessitava dormir mais seria chamado de dorminhoco: **ava kera, ava ke rei, jaripehíi, ava opehíi** (T:248, V:159) *dormillón*. Diferia da expressão usada para

desmaio ou paroxismo: **akepoayhu** (T:90, V:307) *parasismo, o desmayo tener, o soñar, o tener visiones.*

O sentido de sono devido ao cansaço se encontra em **che asaju** (T:90) *estoy soñoliento*, **che asajúvi iko gítúpa** (T:90) *estoyme durmiendo, amodorrado, desmazelado*, **añemboasaju** (T:90) *estoy amodorrado* (vem de **asaju** T:90, V:38 *amodorrado, amodarrado, aletargado, adormecimiento, flojedad*).

Por exemplo, a área do encontro dos rios Paraná e Piquiri, onde esteve Ciudad Real, foi considerada como lugar acometido por *pesadas modorras* (GUZMÁN, 2012, p. 329)

Outras enfermidades

Tifo

Tifo (riquetsioses): *tabardillo* (TC 2:40). *Mal peligroso, y lo fue mucho a sus principios, antes que los médicos acertasen su cura; arroja afuera unas pintas leonadas o negras, y las que son coloradas son menos peligrosas y más fáciles de curar, como no se vuelvan a entrar en el cuerpo.* Os vetores podem ser ácaros, piolhos, pulgas e carraptos, sendo atualmente o tifo murino o mais comum no Brasil (GALVÃO et al, 2005). Contudo, Guerrero (2011) considera a partir de dados do período colonial que as grandes mortalidades em causadas pelo tifo humano, com baixas de até 70%, enquanto o tifo murino causa 2% de mortes.

Entre os primeiros sinais, entre 7 e 14 dias após o contágio, surgem repentinamente febre, calafrios e dor de cabeça. A partir de 4 dias surgem exantemas e a febre alta passa a ser persistente, levando ao delírio, aumenta a dor de cabeça, a prostração se agrava até a inconsciência profunda e a uma morte relativamente rápida, encaixando-se nos relatos comuns das *fiebres malignas y males peligrosos* presentes nas crônicas coloniais.

Montoya não registrou *tabardillo* no dicionário, mas relatou sucintamente no seu livro (1639, p. 14v) um surto de *pestilente tabardillo* em um grupo de 20 pessoas que viajavam com ele em uma canoa, das quais 4 morreram. Conforme Xarque (1664, p. 185), no

retorno dessa viagem para Buenos Aires, com data ainda não definida, esse grupo contagiou com *tabardillo* e varíola as reduções, causando “lastimosos estragos”.

Em fevereiro de 1610, quando Simón Maceta e José Cataldino se dirigiam ao Guairá para fundar as missões onde Montoya atuou, foram contagiados por um *terrible tabardillo* nas Serras de Maracajú (TORRES BOLLO, 1927a, p. 128; LOZANO, 1755 2, p. 142). A doença parecia recorrente naquela área, pois *algunas personas piadosas, que tenían experiencia del país, le recetaron por remedio unas fricciones por todo el cuerpo* dos dois jesuítas (LOZANO, 1755 2, p. 142). Parece ser semelhante ao contágio que matou muitas pessoas no rio Paranapanema em 1614, e fez adoecer o próprio Montoya e seus três colegas missionários acometidos de uma *fiebre maligna*, dos quais morreu Martín Javier de Urtasun, que no *tercero día luego cayó enfermo, y a los quince durmió en el Señor* (OÑATE [1615] 1927, p. 45; MONTOYA 1639, p. 19-20; LOZANO, 1755 2, p. 710, 716).

Schiaffino (1927, p. 291), em sua história da medicina no Uruguai, interpretou o termo **akânundu tapia** como febre tifóide, por causa da febre contínua. Montoya registrou a expressão no dicionário: **akânundu tapia, ndoíri akânundu jepi, tapiari ndopoíri kânundu** (T:26, V:84) *calentura continua*. Mas não parece definir doença aguda, tanto por referir apenas a febre prolongada, quanto significar enfermidade contínua e comum: **che rasy tapia** (T:528) *siempre estoy enfermo* (**tapia** T:528 *cosa ordinária, común hábito*).

Malária

Malária: *Calentura* (TC 1:175). *La fiebre, en cuanto es calurosa y ardiente. Ésta es de muchas maneras: calentura cotidiana; calentura continua; calentura terciana, quartana.*

A malária era definida como **ara’a** (T:82) *enfermedad de calenturas*. Conforme Gatti (1985, p. 26), se pode traducir como “dia dos sintomas das enfermidades periódicas”, expressado como **che ara’a**, “o dia da minha febre”. Assim o fez Montoya: **che ara’a aiko guitúpa** (T:82) *estoy con mi quartana, terciana, o calentura* (que se pode

traduzir como “ando tendo meu dia, ou ando com meu dia de ter febre”). A febre quartã foi especificada: **akãng nundu irundy ára ñavõnguára** (T:26) *cuartanas* (febre que ocorreu no 4º dia). Caso a febre não surgisse no terceiro ou quarto dia, a pessoa diria: **kuehe teĩ che akã nundu havãngue viñã** (T:272) *ayer no había de haber venido mi calentura?*

Alguns efeitos colaterais, como as febres e a esplenomegalia (aumento do baço), foram registrados no século XX: **py’a ruru** (GATTI, 1985, p. 34, 237), *esplenomegalia, mais comumente usada para palúdica*. Montoya definiu barriga e órgãos componentes da cavidade abdominal: **py’a, mby’a, tye** (T:462, V:69) *barriga; mby’a, py’a* (T:339, V:224, 178) *hígado, estômago, barriga, entrañas*. O baço era considerado parte do fígado: **yvyupía, pere, perevi** (T:407, 462, 655, V:70) *bazo, parte del hígado*. E para a enfermidade: 1) **che pere vasy** (T:407) *tengo bazo, estoy enfermo de él*; 2) **yvyupía aiporara** (T:655) *padecer bazo*. Seria diferente de estar gordo: **ava eveatã, heveatĩ, hevea guasu** (V:69) *barrigón*; ou com hidropisia: **punga** (T:454) *hinchazón*, **che punga** (T:454, V:226) *estoy hinchado, hincharse*.

É difícil definir a ocorrência da malária nas fontes coloniais, salvo quando vem expressamente escrito como terçãs (*tercianas*) ou quartãs (*cuartanas*). Os termos *fiebre* e *calentura* podem se referir a maioria das doenças infectocontagiosas, com significados precisos somente quando o contexto descrito permite interpretar que se tratou de malária. A malária já era endêmica no Guairá

A doença parece ter entrado pelo litoral com os primeiros europeus que se assentaram próximos da Ilha de Santa Catarina em 1515. Eles se integraram às comunidades Guarani, entrando nas redes sociais conectadas ao interior, e participaram inclusive da famosa expedição de Garcia, chamado posteriormente de Aleixo (MELLO, 2005). Em 1541, na expedição Cabeza de Vaca que foi caminhando do litoral até Assunção do Paraguai, há de relatos de grupos de doentes que foram ficando para trás em diversos lugares. Depois, no interior, via rio Paraguai, a partir da fundação de Assunção em 1537, há vários relatos de febres, com destaque para uma que assolou em 1542 a “todos” da expedição que subiu até o

Pantanal, matando centenas de pessoas (CABEZA DE VACA, 1906, p. 53). Não foi à toa, como vimos na introdução, que em 1557 o Guairá era considerado um território enfermo, com *pesadas fiebres agudas* (GUZMÁN, 2012, p. 329). Uma situação parecida ocorria em São Paulo. Os europeus assentados ali desde 1502, tinham trânsito pelo interior, incluindo até o Paraguai a partir de 1531, integrados nas redes Tupiniquim e em contato frequente com os Guarani no litoral e no interior.

Difteria

O *garrotillo* (TC 2:23) foi definido como *cierta enfermedad de sangre, que acude a la garganta y atapa la respiración, como se diesen al tal paciente garrote*. A difteria faríngea ataca a garganta e as vias aéreas superiores, causando lesões nas amígdalas, laringe e nariz, podendo evoluir para obstrução da garganta com o inchaço das lesões, acompanhada de uma tosse característica, paralisia da musculatura da deglutição, pneumonia e problemas cardíacos e renais. A difteria cutânea é menos letal, causando feridas purulentas. Como vimos na introdução, o *garrotillo* estava entre as doenças que assolaram o rio Paranapanema em 1610, mas não consta entre as enfermidades registradas por Montoya nos dicionários.

Secreções sanguinolentas

Disenteria

Está entre as doenças mais referidas nas fontes quando

O ventre, a cavidade abdominal e as fezes eram nomeadas da mesma forma: **tye** (T:605, V:69) *barriga, cámaras*; **che rye** (T:605) *mi barriga, tengo cámaras*. Os intestinos se chamavam **tye po'ĩ** (T:605, V:69) *tripas*; **che rye po'ĩ** (T:605, V:69) *mis tripas*. As fezes também se denominavam **poti, tepoti** (T:449, 583, V:85) *suciedad, excremento, cámara*.

As disenterias causadas por protozoários e bactérias são gastroenterites que causam diarreias de sangue ou câmaras de sangue, chamadas de **tye pytã**, **tepoti uguy**, **tepoti pytã** (T:481, V:85) *cámaras de sangre* (**pytã** T:481 *bermejo*, fezes vermelhas; **uguy** = **tuguy** T:594, V:359 *sangre*). O doente diria: 1) **che rye pytã**, **che poty uguy** (V:86) *cámaras de sangre tener*; 2) **che rye**, **asururug**, **che rye sorog**, **añehẽ** (V:86) *cámaras tener*.

As disenterias são persistentes: **che rye sãndo sãndog** (T:507) *tener câmaras continuadas*. Foram registradas diversas expressões: **aẽ guitúpa**, **añehẽ che ryéramo**, **che rye sororog**, **asururu guitekóvo**, **atororõ guitekóvo**, **che rye osururug** (T:116, 158, 514, 515, 586, 605) *voyme de câmaras*; **che moẽ mbete che rye** (T:116) *voyme de câmaras totalmente*; **asororog guitekóvo** (T:514) *ando hecho pedazos, y con câmaras*. A pessoa diria: **ndache mbojepóri che rye** (T:605) *no tengo nada en mi cuerpo por las câmaras*. Quando melhorasse, poderia adoecer novamente: **tye jevy ndíkatúi** (T:605) *peor es la recaída que la caída [de câmaras]*.

Os sobreviventes poderiam dizer: **che rye opyta** (T:480) *quitáronseme las câmaras*, ou **che moẽ mbig che poãng** (T:116) *la medicina me ha estancado las câmaras*. Montoya (1639, p. 12), relatou um surto de *câmaras* na missão de San Inácio, ao redor de 1612 ou 1613.

Inchação de glândulas

A anatomia externa e interna do pescoço e da garganta foram definidas: 1) **aju**, **ju**, **júra** (T:22, 218, 219, V:319) *pescuezo*; 2) **ajura** (V:122, 205) *cuello, garganta*; 3) **jyryvi** (T:226) *gaznate, vía de la respiración*; 3) **jase' o** (T:203, V:206) *garguero, vía de la respiración*. Alguns processos alérgicos e infecciosos poderiam dificultar a respiração: 1) **jyryvi ruru** (T:226) *hinchazón de la garganta*; 2) **che aju pe' i** (T:23) *tengo cerrada la garganta*; 3) **ygáu** (T:636) *impedimento de la garganta*; 4) **jase' o pykorõ**, **jase' o kororõ** (T:203) *ronquera*.

Montoya mostra como sinônimos a tuberculose ganglionar e as infecções bacterianas e virais das glândulas parótidas, especialmente a caxumba: **che rajy ruru**, **che aju ruru** (T:523, V:246)

tengo lamparones, o papera. As inflamações do rosto e da garganta eram conhecidas como *papera*, sendo a caxumba uma parotidite epidémica altamente contagiosa que cobrou muitas vidas nas Américas, como em 1550 no México, retratada nas fontes indígenas *quechpozahualiztli* “inflamações no pescoço”, com inchaços doloridos e febre alta (Prem, 1992).

Em TC (2:133), *papera* é definida como *la enfermedad del papo*. Os Guaraní diziam **ái, aju ra’yi, tajy ruru, aju kandu** (T:15, V:306) *papera de hombre (kandu T:236 corcova)*. Quando estavam doentes diriam **che aju ra’yi, che aju ruru, aju kandu** (V:306) *papera tener*. Gatti (1985, p. 37), mostra que no século XX **aju kandu** define bócio, que poderia ser uma das possibilidades das inflamações no pescoço.

Tuberculose

O registro da tuberculose pulmonar foi definido pelos sinais externos: 1) **ava piruteĩamigda, iñangaivõteĩ** (V:191) *etico*; 2) **che anga’i ei; che piru ei; che kanguéma guitékovo** (V:191) *etico estar*. O registro da tuberculose pulmonar foi definido pelos sinais físicos externos: 1) **ava piruteĩamigda, iñangaivõteĩ** (V:191) *etico*; 2) **che anga’i ei; che piru ei; che kanguéma guitékovo** (V:191) *etico estar*. A definição de 1611 é específica (TC 2:188): *tísica, enfermedad mortal, que tiene su asiento en los pulmones, y los enfermos se van consumiendo, y secando; Etico, ethicus, el enfermo con la calentura* (TC 1:390).

A *escrófula* ou *lamparón* é a linfadenite cervical micobacteriana ou inflamação dos gânglios linfáticos, cuja causa principal é a tuberculose ganglionar. O sinal físico foi registrado como **aju ruru, tajy ruru, tajy pu, ajurai, aju ra’yi** (T:23, V:246) *lamparones*. Os abscessos inflamados, antes de se tornarem purulentos eram conhecidos como **aju ruru** (T:23) *tengo lamparones no abiertos*.

Montoya documentou diversas expressões sobre a consunção, a extenuação contínua e lenta do corpo, que auxiliam a compreensão das definições de seco e magro como efeito da evolução da doença: 1) **piru, ypi** (T:420) *seco, enjuto*; 2) **che piru** (T:420) *estoy seco, o flaco*; 3) **che ypijug** (V:189) *estar seco como un palo*;

4) **añemboypi** (T:639) *voyme secando de flaco*; 5) **angai, angaivo, angaiva, angaivarĩ, angaivorĩ** (T:43, 46) *flaco*; 6) **angai vete** (T:43) *muy flaco*; 7) **amoangaivo** (T:43) *enflaquecerlo*; 8) **che rovate che angaivo ari** (V:147) *desfigurado de flaco*.

Nos estágios finais a pessoa estaria como em “pele e osso”: 1) **kangy** (T:237, V:198) *débil, flaco, sin fuerzas*; 2) **che kãng** (T:237) *mis huesos; estoy flaco, en los huesos, enjuto*; 3) **che kãnguerĩ** (T:237) *estoy muy flaco* (T:237); 4) **che poti’ a akã nguru** (T:450) *estoy en los huesos*; 5) **che kãngue rypi, che kãngue mã, okãng ari aiko** (T:237) *flaco, en los huesos estar*.

No relatório anual de 1628, Montoya (1951, p. 262) refere um caso de morte em consequência de um caso agudo *lamparones* na missão de San Carlos, onde o doente estava próximo de várias pessoas: *y fue asi que le dio el asqueroso mal de lamparones el qual en pocos dias le quito la vida... asi murió rodeado de sus mancebas*. É uma evidência de que a doença já poderia ser endêmica nos territórios do rio Paranapanema.

Coqueluche

O vômito geralmente não é prejudicial, mas pode ser um sinal de doença: **gue’ẽ** (T:131, V:403) *vómito*. O ato recebe alguns nomes: **ambojevvyvo, mbojevvy, mbou** (T:214, 336, V:403) *vomitar*; **che gue’ẽ** (T:131) *mi vomitar*; **che hu che hu** (T:174, V:51) *tengo gana de vomitar* (**hu** T:174, V:51 *arcadas, turbación interior, arcada del que quiere vomitar*); **ndache mboye po potári che gue’ẽ** (T:605) *todo lo vomito, no retengo nada*. O vômito poderia ser provocado pela própria pessoa ou por alguém: 1) **amogue’ẽ** (T:131) *hacer vomitar*; 2) **ambohu** (T:174) *hacerle vomitar*. Em TC (1:83-84), *arcadas* foram definidas em *Arcas*, que significan los huecos debajo de las costillas encima de las hijadas... las hijadas, por el arco que allí hacen las costillas. De allí se dijo dar arcadas los que tienen gana de trocar, que bárbaramente se dice vomitar, ou gomitar.

Em 1627-1628, na área da redução de San Francisco Xavier, no Guairá, há evidência da coqueluche descrita, pelo próprio Montoya (195, p. 269):

con la hambre ubo una enfermedad o peste que les hacía dar **arcadas** y en breve espacio los mataba y como el Pe. Francisco estaba solo no era posible acudiese a tantos y en tan distantes partes porque a unos cogía en el pueblo, a otros en sus chacaras y a otros en los montes

Peste bubônica

A peste bubônica é difícil definição nas fontes coloniais, dado que “peste” pode significar a epidemiologia da doença e um fenômeno social, geralmente associados com elevada taxa de mortalidade (SLACK, 2012). Contudo, apesar de os registros de Montoya serem específicos quando há manifestação aguda, letal da doença e, também como sinônimo de *mortandad* e *acabamiento* (morte em espanhol), é possível considerar outras possibilidades para enfermidades que se manifestam com adenites: tuberculose, sífilis, gonorreia e câncer.

Na primeira parte do capítulo foi adotada a tradução de peste como contágio mortífero sem definir a patologia. Porém, aqui será usada como definição de *Yersinia pestis*, que poderia se apresentar sob as formas pulmonar, septicêmica e bubônica: **mbáva, tasy ai** (T:329, 391 V:281, 319) *peste, mortandad, acabamiento*. Trata-se de uma zoonose transmitida por dois vetores: pulgas e roedores da fauna nativa e da introduzida pelos europeus (Almeida et al., 1987), altamente contagiosa e letal. Contudo, Montoya não foi mais específico para descrevê-la, deixando nas entrelinhas a definição de 1611 (TC 1:587): *peste, enfermedad contagiosa, que comunmente se engendra del aire corrompido, del latín pestis. Pestilencia, lo mismo que peste. Pestilencial, lo que puede causar peste.*

Porém, deixou pistas razoáveis sobre a inflamação dos linfonodos inguinais, na região da virilha: **hako, tako** (T:145, 524, V:237) *ingle, las ingles; che tako* (T:524, V:237) *mis ingles; tako ruru,*

teñũ (T:562, V:237) *encordio, hinchazón cualquiera, seca en la ingle (ruru T:505 hinchado)*. Outra pista está nos “*encordios*”, grafado modernamente como *incordios*, os linfonodos axilares: **che reñũ reñũ guitekóvo** (T:562) *estoy lleno de encordios*; **oporoyrõ che reñũ** (T:562) *esta empedernido el encordio*. A inflamação dos linfonodos foi descrita em 1611, mais relacionada à sífilis, como “*una seca maligna, que nasce en las ingles, y porque allí concurren muchas cuerdas... es enfermedad sucia y asquerosa, embajadora del mal francés, y así en griego se llama βομβών, latín bubo*” (TC 1:349). A seca era definida como *enfermedad que da en las agallas, y en otras partes, que llaman landrecillas, corrumplido de glandullilas* (TC 2:24v).

É possível que no litoral do Brasil já houvesse surtos de peste bubônica antes do século XVI, dado o potencial para zoonoses que a fauna e o clima oferecem. Na América Central e no Equador já estava presente ao redor de 1550, talvez antes (COOK e LOVELL [orgs], 1992). O primeiro registro parece ser na área de Salvador, Bahia, em 1561, onde os indígenas: *andavan mui tristes i desconsolados viendo tanta mortandad entre ellos... la dolencia y enfermedad tan continua en ellos que parecía pestilencia; andaban atónitos y como pasmados viendo lo que por ellos pasaba* (BLÁZQUEZ, 1958, p. 415-416).

Icterícia

É a pigmentação amarela ou verde da pele e da esclerótica, devido a níveis elevados de bilirrubina no sangue por causas diversas, como fome crônica, anemia, hepatite viral e malária. O enfermo era definido pela aparência dos olhos (**hesa, sa, tesa** T:506, 507, 565 *ojos*): **tesa júva'e** (V:54) *atericiado*, de **tesay ju** (T:568) *ojos amarillos*. O rosto podía estar amarelado: 1) **añembo ovaju** (V:37) *amarillecerse el rostro*; 2) **ava ova ju** (T:217) *hombre de rostro amarillo*. Ou o corpo todo: **añemboju** (T:218) *ponerse amarillo*.

Conjuntivite

Os olhos podem adoecer por causas diversas, mas foram selecionados os registros que podem ter como causa infecções bacterianas e virais. O doente: **tesavo** (T:622) *el que padece mal de ojos*. O sintoma da doença: 1) **che resa a'ỹi asy, che resa hasy** (T:565) *estoy enfermo de los ojos*; 2) **che resa asy guitekóvo** (T:565) *ando enfermo de los ojos, tengo mal de ojos*. O sinal da doença: 1) **tesa asy** (T:565) *ojos enfermos*; 2) **tesa a'ỹi asy** (T:565) *ojos malos* (doentes).

Algumas fontes tratam das conjuntivites, geralmente em situações em que ocorrem simultaneamente outras doenças. Por exemplo, ao descrever a situação do rio Paraguai no início do século XVII, uma área com relações próximas com o território onde atuou Montoya, Ruy Díaz de Guzmán (2012, p. 83-84) associou conjuntivite com malária: *es sana en todo lo más del tiempo, excepto por los meses de marzo y abril, que hay algunas calenturas y mal de ojos*. Lozano (1755 2, p. 348-349), ao historiar o início das missões dos jesuítas no rio Paranapanema em 1610, fala de visitas a doentes com malária, lepra, difteria, disenteria e *mal de ojos*. O lugar foi considerado em 1614 como *tierra áspera enferma* por um dos missionários fundadores das reduções de Loreto e San Ignacio (MONTROYA, 1639, p. 20; CATALDINO, 1951, p. 152)

Doenças venéreas

Sífilis

O termo Guarani que define a doença poderia ser grafado de duas formas, descrevendo as pústulas que recobriam o corpo em todas as suas partes: **miã, piã** (T:414, V:78, 210) *bubas, granos*. A característica marcante é a formação das pústulas da fase terciária, vários anos após o contágio, chamadas no singular de **a** (V:210) *grano* e, no plural, **aa** (V:210) *granos del rostro*. Também pelo tamanho\quantidade\densidade por área de pele: **a'a** (T:7) *grande cosa de grano*.

A pessoa com pústulas, ou com o corpo coberto por elas diria: **piã aiporara** (T:414) *tengo granos*; **che piã, miã aiporara** (V:78) *bubas, granos tener*; **miã porarahára** (V:78) *buboso de granos*; **oñemboapi a'a** (T:7) *criar granos en la cabeza*; **che piã che piã** (T:414) *soy buboso*.

Estar com as pústulas também significava ter dores causadas pelas inflamações, mas especialmente quando a pessoa se sentava ou deitava: 1) **che karugua, karugua aiporara, karuguavo che** (V:78) *bubas tener*; 2) **karugua** (T:244, V:78) *bubas, dolores*; 3) **karugua ri ja, karugua poraraha** (T:244, V:78) *doloriento, buboso, buboso de dolores*.

Os espanhóis costumavam usar faixas para proteger e isolar as feridas: *botana los pegadillos, parches que se ponen sobre las bocas de las llagas, causadas del mal francés, o de otros malos humores* (TC 1:140).

Gonorréia

A gonorréia é considerada uma enfermidade epidêmica, mas não há registros diretos. Montoya anotou **ty** (T:601, V:301) *orina*. Há nos dicionários dois problemas relacionados com a secreção de urina, que podem ser sinais de doença não-inflamatória: **typirã** (T:602) *encendida orina* e **tyi** (T:605, V:41) *angurria*.

Herpes

A herpes não era uma doença letal, mas um vírus altamente contagioso a desencadeava, e poderia evoluir para uma queratoconjuntivite do olho, cegar e causar encefalite. O termo **che juruai** (T:23) *tengo granos en la boca*, é o único registro mais direto, embora não conclusivo, encontrado no *Tesoro*.

Considerações finais

É possível afirmar que a linguagem da saúde e da doença Guarani é muito mais ampla que o registro de Montoya. Contudo, o conteúdo reunido aqui é valioso pelas várias razões apontadas ao longo do texto, incluindo a excelência linguística e o labor de alguém

paradoxalmente dividido entre o serviço colonial e o afeto inúmeras vezes demonstrado pelas pessoas que pretendia transformar.

Creio que importa reunir informações sobre a intelectualidade Guarani, como mostra da grande capacidade de guardar e transmitir conhecimentos entre as gerações. A arqueologia já mostrou que o território deles no Brasil meridional, Paraguai, Bolívia, Argentina e Uruguai, alcança até 2 mil anos antes do presente (BONOMO et al., 2015). E, desde uma perspectiva comparada dos registros arqueológicos e históricos, fica evidente que eles também conservavam estruturas de conhecimentos até mais antigas que eles próprios, como se pode verificar através das reconstruções da linguística histórico-comparativa, de onde se pode perceber os conteúdos teóricos dos Guarani em relação com outros povos falantes das línguas do Tronco Tupí.

Desde a década de 1990 (NOELLI, 1993, 1998a), me interessa compreender como os Guarani usaram seus conhecimentos médicos e farmacêuticos para enfrentar as doenças infectocontagiosas trazidas pelos europeus. A comparação de informações históricas e a regularidade dos registros linguísticos de tempos e lugares diferentes permitem levantar a hipótese de que a sistemática da área médica era fundamento do *ñande reko*, e domínio dos **pajé**, das **kuña paje** e das(os) **mba'e kuaaparete** (V:356) *mucho sábio* (**kuaa** T:264 *conocer, saber, entender, comprender, certidumbre* + **a(r)** T:2 "en composición" *mucho* ("nominalizador de agente") + **ete** T:120 *bueno, verdadero, recio, honrado, antiguo*). Com o passar dos anos e o meu acúmulo de conhecimentos, ficou evidente que o estabelecimento em novos locais era precedido por um levantamento detalhado que as sábias e sábios Guarani faziam dos recursos naturais, incluindo o inventário das plantas medicinais.

Enfim, tanto no passado como agora, a maioria dos lugares Guarani dependia dos conhecimentos médicos e farmacêuticos, mais o ambiente preservado para oferecer as plantas necessárias para exercer as práticas curativas. Ao mesmo tempo, também é necessária a relação com os sistemas públicos de saúde no Brasil, Argentina, Uruguai e Bolívia, para resolver os casos que não se

resolvem no **teko'a**, com equipes médicas capacitadas para ouvir os doentes e compreender suas necessidades físicas e da alma.

E mais pesquisas são necessárias para avançar no tema do impacto das epidemias e, especificamente, para mostrar com mais detalhes como os Guarani promoviam a saúde e lidavam com as doenças. Em relação à linguística histórica comparada sobre a saúde e a doença entre os falantes das línguas Tupí, o levantamento deste capítulo também pode ajudar na compreensão de questões de saúde/doença no passado pré-colonial, nos períodos do “proto-Tupí” e da “proto-família-Tupí-Guarani”.

Por outro lado, é fundamental avançar na história colonial e nas relações dos Guarani com os europeus, incluindo o efeito das epidemias na vida cotidiana, na economia e na demografia. As fontes coloniais, desde que analisadas criticamente, em larga escala e pelo viés interdisciplinar, mostram cenários completamente distintos daqueles interpretados pela historiografia tradicional, onde os europeus teriam prevalecido com facilidade sobre os Guarani apenas porque eram europeus ou porque seriam supostamente mais resistentes aos agentes infectocontagiosos. É certo que existe um movimento renovador na historiografia que vem dissipando a narrativa colonialista desde os anos 1970 (MELIÀ, 2004), deixando claro que velhas temáticas devem ser arejadas e que novas pautas precisam ser desenvolvidas.

Se deve começar pelo fato de que os Guarani não foram *tabula rasa* dos desígnios europeus, mas antes tiveram diversos tipos de envolvimento com eles, desde a aliança ao conflito permanente. Cada lugar e suas comunidades tiveram diferentes relações que precisam ser conhecidas em suas particularidades, cuja complexidade exige fundamentação teórica interdisciplinar de viés histórico, antropológico e arqueológico e epidemiológico. E tal perspectiva deve ser desenvolvida nas pesquisas sobre todos os povos originários, para mostrar como a transmissão de conhecimentos e práticas entre as gerações, juntamente com a articulação com os não-Guarani sempre foi fundamental na manutenção de suas vidas, tal como pude perceber juntamente com Marianne Sallum no caso Tupiniquim em

São Paulo (NOELLI e SALLUM, 2019; SALLUM e NOELLI, 2021). O fato é que o colonialismo foi continuamente duro e letal, começando pelos efeitos multidirecionais das doenças epidêmicas. Montoya fez os dicionários com mais de 800 informações de saúde/doença para que outros missionários pudessem tratar os doentes, falando diretamente com eles, revelando uma linguagem comum nos territórios Guarani, com registros que ainda persistem nas linguagens do presente, mesmo como “formas arcaicas” que podem ser compreendidas nas memórias daqueles Guarani que cultivam os conhecimentos dos seus antepassados. Uma delas era o fato de os europeus e os Guarani saberem os efeitos dos contágios e se valerem conscientemente deles para fazer prevalecer os seus interesses. Os registros deixam claro que o contágio era reconhecido, estando a exigir novos estudos que considerem como eles agiram em tais situações. Para mim, após 34 anos lendo as fontes coloniais, não existe colonialismo sem cálculos e estratégias premeditados, sendo evidente que os missionários percebiam as óbvias vantagens de atuar entre as comunidades contagiadas. Os jesuítas dos territórios Guarani atuaram no tratamento dos enfermos e, geralmente, optaram pelo assentamento em locais onde grassavam as epidemias, onde os Guarani pediam a sua presença como intermediadores políticos e “médicos”, desde as primeiras missões volantes no território Guarani no final da década de 1580. E, como vimos no texto, eventualmente atuaram para evitar o contágio dos Guarani. Mas, sem contradições, os missionários atuaram como colonialistas dedicados a transformar, bloquear e eliminar a liderança política e espiritual dos **paje** e das **kuña paje**, sendo os dicionários um lugar para encontrar inúmeras informações dessa retórica de convencimento ideológico composta na língua Guarani, em busca de todos os meios e artimanhas possíveis para influenciar mudanças no **ñande reko**. A atitude crítica dos Guarani, no sentido da recusa em serem governados (FOUCAULT, 1990), está refletida nas fontes históricas e no fato que a maioria deles não viveu nas missões religiosas e nos núcleos coloniais.

Os demais europeus, de maneira geral, aproveitavam para atuar como escravizadores nas epidemias, especialmente quando

as constelações de assentamentos não conseguiam articular as suas redes para reagir e proteger a si e aos seus afins. Contudo, os europeus também eram infectados e muitos morriam doentes, mas também morriam nas lutas de resistência dos Guarani contra a escravização. Tais práticas e estratégias sorrateiras foram raramente investigadas na história indígena no Brasil, devendo-se atribuir essa ausência ao desconhecimento e desinteresse, como se pode observar na produção acadêmica que escassamente tratou dos efeitos das epidemias no período colonial. E pouco se avançou para compreender efetivamente os significados do importante discurso de 1987, proferido por Aílton Krenak no Memorial da América Latina, quando ele disse que “o Brasil está se construindo em cima dos cemitérios indígenas”. Os inúmeros registros linguísticos sobre saúde e doença devem estar no centro de qualquer pesquisa que envolva epidemias, pois os povos originários atuaram e atuam articulando práticas milenares com novos conhecimentos. Essa manifestação da persistência dos povos originários, “não é exatamente uma escolha pelo ativismo, mas é um ato de resistência”, como diz com eloquência Célia Xakriabá (<https://yam.com.vc/sabedoria/791662/celia-xakriaba-curando-a-terra-curamos-a-nos-mesmos>). Ou seja, ao referir a pessoa sábia que empunha o maracá como “incorporação” do conhecimento, ela reforça o papel da linguagem como manancial que abastece a vida a cada geração.

Agradecimentos

A Clovis Brighenti pelo convite para estar em um livro sobre o impacto das epidemias nos povos indígenas das Américas. A Ana Suelly Cabral, editora da Revista Brasileira de Linguística Antropológica, pela contribuição para melhorar o texto e pela permissão para publicar aqui uma versão revisada dos dois artigos que saíram originalmente na sua revista. Para Bartomeu Melià, que me incentivou a estudar as epidemias em 1990; a John Manuel Monteiro, que orientou a minha pesquisa sobre o tema entre 1995 e

2002; a Eduardo Siqueira, Amílcar D'Ávila de Mello, Ângela Buarque, Agda Sardinha, André Luís Ramos Soares e Beatriz dos Santos Landa, pelo apoio, sugestões e correções em diversas fases da pesquisa. A pesquisa foi desenvolvida a partir de 1994, e subvencionada com uma bolsa da CAPES, entre 1998-2001. Aos colegas da Universidade Estadual de Maringá, por me apoiarem durante o afastamento para desenvolver este projeto entre 1998 e 2001.

Referências

ACSP. Ata de 29 de abril de 1564, Vila de São Paulo. **Atas da Câmara da Cidade de São Paulo**, 1:39-40. 1912.

ALMEIDA, Alzira M. P.; BRASIL, Darci P.; CARVALHO, Francisco G.; ALMEIDA, Célio R. Pesquisa de Yersinia pestis em roedores e outros pequenos mamíferos nos focos pestosos do Nordeste do Brasil no período 1966 a 1982. **Revista de Saúde Pública**, 21(3):265-267. 1987.

ANCHIETA, José de. Carta ao P. Diego Laynes, Roma. São Vicente, 16 de abril de 1563. **Monumenta Brasiliae**, 4: 120-181. 1958.

ANDRADA, Francisco de. Carta del presbítero. Asunción, 1 de marzo de 1545. **Documentos históricos y geográficos relativos a la conquista y colonización rioplatense**. Buenos Aires: Talleres Casa J. Peuser. vol. 2, pp. 415-418. 1941.

BLÁZQUEZ, António. Carta ao Pe. Diego Mirón, Lisboa. Salvador, 31 de maio de 1564. **Monumenta Brasiliae**, 4:52-70. 1958.

BONOMO, Mariano.; ANGRIZANI, Rodrigo C.; APOLINAIRE, Eduardo; NOELLI, Francisco S. A model for the Guaraní expansion In: the La Plata Basin and littoral zone of southern Brazil. **Quaternary International** <http://doi.org/10.1016/j.quaint.2014.10.050>. 2015.

BORAH, Woodrow. Introduction. In: Noble D. Cook, W. George Lovell (eds). *Secret Judgments of God: Old World Disease In: Colonial*

Spanish America. Norman: University of Oklahoma Press, pp. 3-19. 1992.

BOS, Kirsten I. et al. Pre-Columbian mycobacterial genomes reveal seals as a source of New World human tuberculosis. **Nature**, 514,7523: 494-497. 2014.

BOS, Kirsten I. et al. Paleomicrobiology: Diagnosis and evolution of ancient pathogens. **Annual Review of Microbiology**, 73(1):639-666. 2019.

CABEZA DE VACA, Álvaro N. **Nafragios y comentarios.** Madrid, Librería General de Victoriano Suárez. Vol. 1. 1906.

CANTORE, Alfonsina. Antropología y la desnaturalización del sistema de salud: sobre la concepción de enfermedad de comunidades Mbyá en Misiones. **En Letra**, 1:142-163. 2014.

CATALDINI, José. Informe sobre a fundação das reduções do Guairá. Santa Fé, 2 de novembro de 1614. In: CORTESÃO, Jaime (Org). **Jesuítas e bandeirantes no Guairá.** Rio de Janeiro: Biblioteca Nacional, pp. 148-154. 1951.

COOK, Noble D. **Born to die.** Disease and New World conquest, 1492-1650. Cambridge University Press, Cambridge, 1998.

COVARRUBÍAS-OROZCO, Sebastián. **Tesoro de la lengua Castellana, o Española.** Madrid: Luis Sánchez, 1611.

DARLING, Millie I; DONOGHUE, Helen D. Insights from paleomicrobiology into the indigenous peoples of pre-colonial America - a review. **Memorias do Instituto Oswaldo Cruz**, 109(2): 131-9. 2014.

DURÁN, Nicolás M. Carta anua de la Provincia del Paraguay (1626-1627). In: LEONHARDT, Carlos (Org). **Documentos para la Historia Argentina**, Iglesia: Cartas anuas de la Provincia del Paraguay, Chile y Tucumán de la Compañía de Jesús (1615-1637), v.20. Buenos Aires: Talleres Casa J. Peuser. pp. 223-384. 1929.

FALKENBERG, Mirian B.; SHIMIZU, Helena E.; BERMUDEZ, Ximena P. D. Representaciones sociales de la atención sanitaria de

la población indígena Mbyá-Guaraní por parte de trabajadores de la salud. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1505.2846>. 2017.

FOUCAULT, Michel. **Qu'est-Ce Que La Critique?** Critique et Aufklärung. *BulletIn: de la Societé Française de Philosophie*, v. 84, n. 2. p. 35–63. 1990.

GALVÃO, Márcio A. M.; SILVA, Luiz J.; NASCIMENTO, Elvira M. M.; CALIC, Simone B.; SOUSA, Rita; BACELLAR, Fátima. Riquetsioses no Brasil e Portugal: ocorrência, distribuição e diagnóstico. **Revista de Saúde Pública**, 39(5):850-856. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000500023>. 2005.

GATTI, Carlos. **Enciclopedia Guaraní-Castellano de Ciencias Naturales y Conocimientos Paraguayos**. Asunción: Arte Nuevo Editores. 1985.

GATTI, Carlos; ROJAS, Teodoro; BERTONI, Andres de W. **Vocabulario Guaraní-Español para uso médico**. Asunción: Edición de los autores. 1947.

GRMEK, Mirko D. Diseases In: the **Ancient Greek World**. Baltimore: Johns Hopkins University. 1989.

GUERRERO, Pedro C. Historia natural del tifo epidémico: comprender la alta incidencia y rapidez en la transmisión de la *Rickettsia prowazekii*. In: FLORES, José Gustavo González (Org). **Epidemias de matlazahuatl, tabardillo y tifo en Nueva España y México**. Sobremortalidades con incidencia en la población adulta del siglo XVII al XIX. Saltillo: Universidad Autónoma de Coahuilla, pp. 11-22. 2011.

GUZMÁN, Ruy D. **Argentina. Historia del descubrimiento y conquista del Río de la Plata de Ruy Díaz de Guzmán**. Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires. 2012.

HOFFMAN, Leslie A.; VILENSKY, Joel A. Encephalitis lethargica: 100 years after the epidemic, **Brain**, 140(8):2246-2251. <https://doi.org/10.1093/brain/awx177>. 2017.

JACKSON, Robert H. Comprendiendo los efectos de las enfermedades del Viejo Mundo en los nativos americanos: la viruela en las Misiones Jesuíticas de Paraguay. IHS. **Antiguos Jesuitas en Iberoamérica**, 2(2):88-133. 2014.

JARQUE, Francisco. **Ruiz de Montoya en Indias (1608-1652)**. Madrid: Victoriano Suárez, vol. 1. 1900.

KIPLE, Kenneth F. (Org). **The Cambridge world history of human disease**. Cambridge: Cambridge University Pres. 1993.

LOZANO, Pedro. **Historia de la Compañía de Jesús en la Provincia del Paraguay**. Madrid: Viuda de Manuel Fernández, vols. 1 e 2. 1754, 1755.

MALKIEL, Yakov. Español “morir”, portugués “morrer”, con un examen de esmirriado, morriña, murria y modorra. **Bulletin Hispanique**, 57(1-2):84-128. 1955.

MARX, Javier; ACOSTA, Lucrecia; DESCHUTTER, Enrique J.; BORNAY-LLINARES, Fernando J.; SOTILLO-SOLER, Víctor; RAMOS-RINCÓN, José. Syphilis and HIV infection In: indigenous Mbya Guarani communities of Puerto Iguazu (Argentina): diagnosis, contact tracking, and follow-up. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo** <https://doi.org/10.1590/s1678-9946202062019>. 2020.

MELIÀ, Bartomeu. **El Guaraní conquistado y reducido**. Asunción: CEPAG. 1986.

MELIÀ, Bartomeu. La novedad Guaraní (viejas cuestiones y nuevas preguntas) revisita bibliográfica (1987-2002). **Revista de Indias**, 64(230):175–226. 2004.

MELIÀ, Bartomeu. Montoya saca a luz su Tesoro de la lengua Guaraní. In: MONTOYA, António R. **Tesoro de la lengua Guaraní**. Asunción: CEPAG. pp. ix-xlv. 2011.

- MELIÀ, Bartomeu; NAGEL, Liane M. **Guaraníes y Jesuitas en tiempo de las Misiones**: una bibliografía didáctica. Asunción/Santo Ângelo: CEPAG/URI. 1995.
- MELLO, Amílcar D. Expedições e Crônicas das Origens. Florianópolis: **Expressão**, vol. 1. 2005.
- MONTOYA, António R. **Conquista espiritual hecha por los religiosos de la Compañía de Jesus**. Madrid: Juan Sánchez. 1639.
- MONTOYA, António R. **Tesoro de la lengua Guaraní**. Madrid: Juan Sánchez. 1639.
- MONTOYA, António R. **Vocabulario de la lengua Guaraní**. Madrid: Juan Sánchez. 1640.
- MONTOYA, António R. Carta anua do Guairá. Tambo de Kuarasyverá, 2 de julho de 1628. In: CORTESÃO, Jaime (Org). **Jesuítas e bandeirantes no Guairá**. Rio de Janeiro: Biblioteca Nacional, p. 259-298. 1951.
- MONTOYA, António R. **Vocabulario de la lengua Guaraní**. Asunción: CEPAG, 2002.
- MONTOYA, António R. **Tesoro de la lengua Guaraní**. Asunción: CEPAG, 2011.
- MOROZOVA, Irina et al. Toward high-resolution population genomics using archaeological samples. **DNA research: an international journal for rapid publication of reports on genes and genomes**, 23(4):295-310, 2016.
- NEWSON, Linda A. **Life and death in Colonial Ecuador**. Norman: University of Oklahoma Press, 1995.
- NOELLI, Francisco S. **Sem Tekohá não há Tekó** (em busca de um modelo etnoarqueológico da subsistência e da aldeia Guarani aplicado a uma área de domínio no delta do Jacuí-RS). Porto Alegre: IFCH-PUCRS (Dissertação de Mestrado). 1993.
- NOELLI, Francisco S. El Guaraní agricultor. **Acción. Revista Paraguaya de Reflexión y Diálogo**, 144:17-20. 1994.

NOELLI, Francisco S. Múltiplos usos de espécies vegetais pela farmacologia Guarani através de informações históricas. **Diálogos, Revista de História**, 1998a.

NOELLI, Francisco S. 1998b. Aportes históricos e etnológicos para o reconhecimento da classificação Guarani de comunidades vegetais no século XVII. **Fronteiras, Revista de História**, 2(4):275-296. 1998b.

NOELLI, Francisco S. Disease and demography In: the Americas, por John W. Verano & Douglas H. Ubelacker (Eds.). **Revista de Arqueologia** 11:144-146. 1998c.

NOELLI, Francisco S. Born to die. Disease and New World conquest (1492-1650), por Noble D. Cook. **Revista do Museu de Arqueologia e Etnologia** <https://doi.org/10.11606/issn.2448-1750.revmae.1999.109355>. 1999

NOELLI, Francisco S. Secret judgements of God. Old World diseases In: Colonial Spanish America, por Noble D. Cook & W. George Lovell (Eds.). **Revista de Antropologia** <https://doi.org/10.1590/S0034-77012000000100016>. 2000a.

NOELLI, Francisco S. Comentário d' "A população nativa da América do Sul". **Revista do Museu de Arqueologia e Etnologia** <https://doi.org/10.11606/issn.2448-1750.revmae.2000.109393>. 2000b.

NOELLI, Francisco S. Piratýpe: uma linguagem da pesca e do consumo de peixes entre os Guarani. **Cadernos do LEPAARQ**, 16(32):30-24. 2019.

NOELLI, Francisco S. Brochado, José P.; Corrêa, Ângelo A. A linguagem da cerâmica Guarani: sobre a persistência das práticas e materialidade (parte 1). **Revista Brasileira de Linguística Antropológica**, 10(2):167-200. 2018.

NOELLI, Francisco S.; Dias, Adriana S. Complementos históricos ao estudo funcional da indústria lítica Guarani. **Revista do CEPA**, 19(22):7-24. 1995.

- NOELLI, Francisco S.; Landa, Beatriz S. Tesoro y vocabulario de Antonio Ruiz de Montoya. **Anais do IX Simpósio Nacional de Estudos Missioneiros**. Santa Rosa, pp. 212-220. 1991.
- NOELLI, Francisco S.; Landa, Beatriz S. Introdução às atividades têxteis Guarani. **Anais do X Simpósio Nacional de Estudos Missioneiros**. Santa Rosa, pp. 472-478. 1994.
- NOELLI, Francisco S.; SOARES, André L. R. Efeitos da conquista europeia na terminologia e organização social Guarani. **Cadernos de METEP**, 9(8):383-97. 1997.
- NOELLI, Francisco S.; SOARES, André L. R. Para uma história das epidemias entre os Guarani. Diálogos, **Revista de História**, 1: 1997.
- NOELLI, Francisco S.; TRINDADE, Jane A. Fontes publicadas para a História do Guairá e das suas populações indígenas: 1538-1650. **Cadernos do CEOM**, 18(17):301-348. 2003.
- NOELLI, Francisco S.; VOTRE, Giovana; SANTOS, Marcos; PAVEL, Diego; CAMPOS, Juliano B. Ñande reko: fundamentos dos conhecimentos tradicionais ambientais Guarani. **Revista Brasileira de Linguística Antropológica**, 11(1):13-45. 2019.
- OÑATE, Pedro. Carta anua de la Provincia del Paraguay, Chile y Tucumán (1615-1616). In: LEONHARDT, Carlos (Org). **Documentos para la Historia Argentina, Iglesia: Cartas anuas de la Provincia del Paraguay, Chile y Tucumán de la Compañía de Jesús (1615-1637)**, v.19. Buenos Aires: Talleres Casa J. Peuser. pp.1-108. 1927.
- PANICH, Lee; ALLEN, Rebecca; GALVAN, Andrew. The archaeology of Native American persistence at mission San José". **Journal of California and Great Basin Anthropology**, 38(1):11-29. 2018.
- PELLON, Luiz H. C.; VARGAS, Liliana A. Cultura, interculturalidade e processo saúde-doença: (des)caminhos na atenção à saúde dos Guarani Mbyá de Aracruz, Espírito Santo. *Physis*, **Revista de Saúde Coletiva** <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400017>. 2010.

PÍCOLI, Renata P. **Saúde, doença e morte de crianças: um olhar segundo a percepção dos Kaiowá e Guarani**. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo. 2008.

PIMENTA, Arlindo C.; FERREIRA, Roberto A. O sintoma na medicina e na psicanálise - notas preliminares. **Revista de Medicina de Minas Gerais**; 13(3):221-228. 2003.

PIÑEIRO AGUIAR, Eleder. Educación médica para la inclusión intercultural desde un estudio de caso entre los Mbyá-Guaraní. **Educación Médica Superior**, 29(4):824-831. 2015.

PINI, Claudia Mónica Helena. Los sistemas formales de salud y la población aborigen de la Provincia de Misiones. **Suplemento Antropológico**, 29, 1-2: 101-129. 1994.

PISSOLATO, Elizabeth P. Saúde e doença em aldeias Guarani: lidando com emoções. **Interseções** <https://doi.org/10.12957/irei.2019.47255>. 2019.

PREM, Hans. Disease Outbreaks In: Central Mexico during the Sixteenth Century. In: Cook, Noble D. e LOVELL, W. George (Orgs). *Secret judgments of God: Old World Disease In: Colonial Spanish America*. Norman: University of Oklahoma Press, pp. 20-48. 1992.

RAMENOFKY, Ann. Diseases of the Americas: 1492-1700. In: KIPLE, Kenneth F. (Org). **The Cambridge world history of human disease**. Cambridge: Cambridge University Pres. pp. 317-327. 1993.

RAMÍREZ HITTA, Susana. Entre el cielo y la tierra; Salud y enfermedad en la mitología Mbyá. **Suplemento Antropológico**, 29, 1-2: 65-100, 1994.

RAMÍREZ, Luis. Carta de... a su padre desde el Brasil (1528): Orígenes de lo 'real maravilloso' en el Cono Sur. Edición, introducción y notas de Juan Francisco Maura. **Revista Electrónica Lemir**, 11. <https://parnaseo.uv.es/Lemir/textos/Ramirez.pdf> 2007.

REMORINI, Carolina. Hacer crecer un niño (Mitã ñemongakuaa): el cuidado de la salud de los niños y las transformaciones en el

Mbyá reko. **Antíteses** <http://dx.doi.org/10.5433/1984-3356.2010v3n6p1047>, 2010.

RODRIGUES, Aryon D.; CABRAL, Ana S. A. C. 2012. Tupían. In: CAMPBELL, Lyle; GRONDONA, V. (Orgs). **The indigenous languages of South America**, v. 2. Boston: Moutnoellion de Gruyter. pp. 495-574.

SALAZAR, Diego de. Carta al Gobernador Luís Céspedes de Jeria. N. Senhora de Loreto, septiembre de 1628. **Anais do Museu Paulista**, 1, p. 213-214, 1922.

SALLUM, Marianne; NOELLI, Francisco S., SLACK, Paul. *Plague: A very short introduction*. Oxford: Oxford University Press, 2012.

TECHO, Nicolás. **Historia de la Provincia del Paraguay y de la Compañía de Jesús**. Asunción: Librería y Casa Ed. A. de Uribe y Compañía, vol. 1, 1897.

TORRES BOLLO, Diego de. Tercera carta anua de la Provincia del Paraguay, Chile y Tucumán. 5 de abril de 1611. In: LEONHARDT, Carlos (Org). **Cartas Anuas de la Provincia del Paraguay, Chile y Tucumán de la Compañía de Jesús (1609-1614)**. Documentos para Historia Argentina, 19. Buenos Aires: Talleres Casa de Jacobo Peuser, pp. 84-144. 1927a.

TORRES BOLLO, Diego de. Cuarta carta anua de la Provincia del Paraguay, Chile y Tucumán [del año 1612]. Santiago de Chile, febrero de 1613. In: LEONHARDT, Carlos (Org). **Cartas Anuas de la Provincia del Paraguay, Chile y Tucumán de la Compañía de Jesús (1609-1614)**. Documentos para Historia Argentina, 19. Buenos Aires: Talleres Casa de Jacobo Peuser, pp.145-226. 1927b.

VALE, Leonardo. Carta ao Pe. Gonçalo Vaz de Melo, Lisboa. Salvador, 12 de maio de 1564. **Monumenta Brasiliae**, 4:3-22. 1958.

VERANO, John W.; UBELAKER, Douglas. H. (Orgs). **Disease and demography in the Americas**. Washington D.C., Smithsonian Institution, 1992.

VIZCAYA, Juan Sánchez de. Carta de Juan Sánchez de Vizcaya - 1539. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico do Estado de São Paulo**, 66:312-313. 1946.

XARQUE, Francisco. **Vida apostolica del Venerable Padre Josef Cataldino**. Zaragoza: Ivan de Ybar, 1664.

**Os culpados pelas pestes e mortandades.
Discurso e problema dos missionários na crise demográfica
do México indígena no século XVI**

Alexandre C. Varella

Resumo

A noção europeia de pestilência foi usada para explicar as epidemias na América colonial, mas havia escolhas e articulações das causas sobrenaturais e naturais, bem como a imputação de responsabilidades. Os missionários das ordens mendicantes acusaram como motivos de peste e mortandade, a violência e opressão dos invasores e os recrutamentos dos indígenas considerados fracos e debilitados para a faina nas minas, lavouras e fábricas. Esse discurso tem sido utilizado às vezes acriticamente para acessar a condição e o cotidiano dos indígenas e para condenar a colonização ibérica. Mas o fato é que os religiosos incriminavam tanto os empresários e as autoridades laicas, como as populações mestiças, negras e os imigrantes mais pobres pela situação dos nativos. Os clérigos também se viram inculcados pela servidão dos índios na construção e manutenção dos conventos e outros serviços. E raramente observaram o mal do contágio nos pueblos e aldeamentos. De toda forma, o protesto dos monges retrata a forte relação que há entre a conquista dos germes e os regimes políticos e estruturas sociais.

Palavras-chaves: Epidemias; México indígena; Regime colonial; Discurso dos missionários.

Resumen

La noción europea de pestilencia fue usada para explicar las epidemias en la América colonial, pero había elecciones y articulaciones entre las causas sobrenaturales y naturales, así como la imputación de responsabilidades. Los misioneros de las órdenes mendicantes acusaron como motivos de peste y mortandad la violencia y opresión de los invasores y los reclutamientos de los indígenas considerados débiles y debilitados para el trabajo duro en las minas, labranzas y fábricas. Ese discurso ha sido utilizado a veces acriticamente para acceder a la condición y al cotidiano

de los indígenas y para condenar la colonización ibérica. El hecho es que los religiosos incriminaban por la situación de los nativos tanto a empresarios y autoridades laicas, como a las poblaciones mestizas, negras y los inmigrantes más pobres. Los clérigos también se vieron inculpados por la servidumbre de los indios en la construcción y manutención de los conventos y otros servicios. Raramente observaron el mal de contagio en los pueblos y asentamientos, sin embargo, la protesta de los monjes retrata la fuerte relación entre la conquista de los gérmenes y los regímenes políticos y estructuras sociales.

Palabras-claves: Epidemias; México indígena; Régimen colonial; Discurso de los misioneros.

Considerações iniciais

O platô central mexicano com vales e lagos entre cadeias de montanhas e vulcões havia sido o núcleo do poder indígena na grande área cultural da Mesoamérica por mais de mil anos. É possível que essa sociedade agrícola, mas também urbanizada, tivesse a maior densidade demográfica de todo o continente. Não vou revisar os números sempre debatíveis da população do México Central de vésperas da invasão espanhola ou após o marcante evento que trouxe profundas alterações sociais e ambientais. Com a literal mudança de era, as crises epidêmicas teriam sido piores. O vetor da decadência de fato foi notório, agravando-se até o início do século XVII. O que sugeria o mesmo destino que coube aos nativos do Caribe nas primeiras décadas de contato com o estrangeiro: a franca extinção. Ilhas como Santo Domingo e Cuba já estavam em ruínas no momento da queda da capital dos mexicas, que ocorreu em 1521 em virtude da aliança de povos rivais e inimigos com os capitães espanhóis. Logo em seguida, os monges das regras franciscana, dominicana e agostiniana obtiveram a licença real e papal para tornar-se a ponta de lança da evangelização de uma grande massa sedentária.

Em resposta à diminuição do rebanho de neófitos, vários líderes das ordens mendicantes tornaram-se expressivos e

contundentes em responsabilizar certos entes sociais pelo desastre. Mas os missionários também foram acusados e quiçá sentiram-se inculcados pela terrível situação, como pretendo arguir na avaliação de alguns casos.¹

Uma rápida contextualização em torno do regime laboral e da comunidade dos indígenas na formação colonial deve servir para a análise de pronunciamentos de algumas facções religiosas em comparação com opiniões de outros setores sociais a respeito da depopulação do México no início da modernidade.

Os conquistadores e seus descendentes que ficaram conhecidos como *criollos*, por meio das *encomiendas de indios* disponibilizadas pelo monarca deviam prover as condições aos monges para a evangelização das Índias Ocidentais. Muitos *encomenderos* exigiam demasiada carga de serviços e gêneros às comunidades sob o seu controle. Chegavam a atuar como reis ou senhores feudais, apesar das restrições legais do regime imperial e da mediação dos religiosos, que por sua vez também dependiam dos indígenas.²

A partir de meados do século XVI, *encomenderos* e novos colonos com cabedal disfrutavam do *repartimiento de indios*, um regime de recrutamento forçado com pagamento irrisório. Os nativos eram legalmente livres como vassalos do rei, o que permitia que trabalhassem por salário. Mas o regime era debatível, pois na prática nitidamente servil. O destacamento de trabalhadores que tinham seu pedaço de terra nas *repúblicas de indios* era autorizado por suposto interesse público. O caso da construção e benfeitoria

¹ Este trabalho apresenta resultados de pesquisa em pós-doutorado no Departament d'Humanitats da Universitat Pompeu Fabra, em Barcelona, entre março de 2020 e fevereiro de 2021, sob a supervisão de Alexandre Coello de la Rosa. O texto se insere em projeto de pesquisa registrado na Universidade Federal da Integração Latino-Americana, assim como é fruto de minha colaboração junto ao projeto "Religiosidad nativa, idolatrias e instituciones eclesiásticas en los mundos ibéricos, época moderna", coordenado por Gerardo Lara Cisneros e Roberto Martínez, ambos do Instituto de Investigaciones Históricas da Universidad Nacional Autónoma de México.

² Termos e expressões chaves em castelhano e náuatle vão em itálico somente na primeira vez que aparecem no texto.

de edifícios públicos, corporativos e até particulares. Também o caso do emprego por agricultores e manufatureiros com vistas ao abastecimento local ou aos mineiros em consideração à importância fazendária para a Coroa. Contudo, muitos poderosos, incluindo os setores eclesiásticos, aproveitavam-se dos indígenas para os *servicios personales*, ou seja, tomavam os índios comuns tributários como se fossem seus criados, o que deslegitimava o regime laboral (GIBSON, 1967).

Para situar um pouco mais as relações entre indígenas e religiosos na Nova Espanha é preciso trazer o tema das *reducciones*. Desde a entrada dos espanhóis nas ilhas do grande golfo havia o programa de constituir vilas modelos para coibir a dispersão e fuga dos camponeses tainos e outros. O argumento central era facilitar a evangelização e amplamente a civilização dos costumes de povos considerados bárbaros. O aldeamento expressava o desejo de reconduzir os gentios para a sua salvação, e não só espiritual como corporal.

Na região mexicana, os frades mendicantes se adaptaram às dinâmicas aborígenes de organização territorial do poder. A relação entre núcleos mais urbanizados e povoados satélites em certa medida foi mantida na configuração das encomiendas. Porém, a incessante queda populacional reanimava o princípio do ajuntamento dos sobreviventes espalhados em baldios ou nos escombros dos velhos assentamentos.

Com o passar do tempo, a incipiente Igreja dos bispos e o governo civil buscaram minorar o controle das ordens conventuais em terras indígenas. A experiência dos rivais jesuítas nas *reducciones* organizadas pelo vice-rei Toledo, as quais provocaram alterações radicais na sociedade andina, inspirava os adversários dos monges mendicantes na Nova Espanha. No final do século XVI, houve projetos que não chegaram a ser implementados, como a fixação dos trabalhadores e suas famílias no entorno das minas, o que evitaria o recrutamento desde comunidades longínquas (JIMÉNEZ ABOLLADO, 2013). Na virada para o século XVII, vai acontecer a instalação das *novas congregaciones de indios* no México Central, organizadas pelos vice-reis com apoio da Igreja secular.

Não obstante, tiveram resoluções pouco distintas das defendidas pelos frades, os quais procuravam conservar o controle dos antigos pueblos ao redor dos conventos (AGUIRRE, 2013).

Charles Gibson (1967, p. 138), importante referência nos estudos do México colonial, listou os seguintes motivos de desastre que circulavam entre diversas autoridades: os trabalhos e tributos exagerados, os maus tratos, a embriaguez, a “flaca complección”, a carência alimentar, as inundações e estiagens, as enfermidades e a providência divina. A listagem contempla, embora falte ligar os motivos e acrescentar alguns detalhes, como a ideia de alimentos leves ou enfermigos da região, o que contribuía para a visão de debilidade física dos indígenas.³

Gibson tampouco mencionou a pestilência, noção que caracterizava os males epidêmicos na medicina escolástica e universitária de longa tradição hipocrática e galênica. Aliás, os elementos apontados acima e outros mais podiam integrar a generosa etiologia das pestes. Em todo caso, houve diferentes valores e articulações das causas de morticínio.

Concordo com David Jones (2004, p. 3) em estudo da colonização inglesa iniciada na costa norte-americana no início do século XVII, quando aponta que as explicações da decadência eram coerentes com as plataformas de intervenção social. A inclemência das enfermidades nos indígenas foi arrazoada como “prova de hierarquia natural”, “produto de maus comportamentos” e “evidência de injustiça social”.⁴

Bem antes na dominação ibérica da região mexicana, essas linhas de raciocínio se combinaram de forma peculiar e compuseram os pronunciamentos clericais mais exaltados. Eles

³ Complexão foi palavra comum entre clérigos e civis para retratar a aparência, o temperamento, a constituição física, em suma, a natureza corpórea nos termos psicofisiológicos da medicina humoral.

⁴ As traduções da bibliografia de apoio em língua inglesa são minhas, mas conservo as citações em espanhol. Os trechos de fontes históricas reproduzem a forma das edições utilizadas, enquanto fiz as transcrições dos manuscritos em versão literal, com ligeiras modificações ortográficas para facilitar a leitura.

traziam noções médicas em concerto com argumentos de fundo espiritual e moral para explicar as pestes e mortandades dos naturais da Nova Espanha.

Epidemias e explorações: os termos de uma mesma equação

O discurso missionário de inculpar vários outros pela decadência indígena impregnou o debate acadêmico e popular. Aquela narrativa tornou-se fonte histórica para sustentar posições em torno dos verdadeiros fatores da queda demográfica. E quanto a isso, pode-se notar certa polarização nas análises. Alguns estudiosos defendem a primazia das doenças infectocontagiosas, enquanto outros enfatizam os efeitos deletérios da condição social.

A chamada de um dossiê de 2003 da *Revista de Indias*, “¿Epidemias o explotaciones? La catástrofe demográfica del Nuevo Mundo”, expressa bem um dilema sem grandes chances de resolução. A coleção comportou nomes como Noble David Cook, Elsa Malvido, Linda Newson, William Denevan e Massimo Livi Bacci com seminiais abordagens que acentuam ou a imensa obra das novas doenças, ou a exacerbação do poder das novas elites. Se bem que essa oposição pareça traduzir propriamente diferenças de enfoque diante da complexidade de aspectos estruturais e contextuais.

Talvez a proposta de Elsa Malvido (2003) de formar quadros estatísticos das afecções seja suficiente indicativo para a abstração dos fatos. Ela se esmerou em estimativas epidemiológicas para cada tipo de doença levando em conta a ideia cunhada por Alfred Crosby (1976) de “solo virgem” das Américas. Ou seja, havia um terreno fértil para os achaques devido à falta de anticorpos das populações locais, basicamente por inexperiência com os patógenos de zonas temperadas e tropicais do Velho Mundo.⁵ Malvido também observou o processo de adaptação endêmica para basear as tabelas de mortalidade de cada espécie de moléstia. Mas

⁵ Por exemplo: o vírus da varíola e a bactéria da peste podiam levar a índices de 85 a 90 % de chance de ceifar um coletivo contaminado sem defesa imunológica.

recorda que os números devem ser alçados, afinal, houve o “bombardeo de todo tipo de otros males más, producidos por la conquista” (MALVIDO, 2003, p. 76).

As análises históricas criam importâncias distintas das fórmulas matemáticas. Elucidativo antepor *Born to die* de Noble Cook (1998) a *La distruzione degli indios americani* de Massimo Bacci.⁶ O primeiro autor explora relatos de época destacando um protagonismo das doenças infectocontagiosas que teriam sido antessalas e culminâncias das reconfigurações político-sociais. O outro autor, demógrafo histórico em disputa com a escola de Berkeley e seus cálculos exagerados da população pré-hispânica, vai arguir pela prevalência de outro ente destrutivo: o colonialismo.

Diversos fatores paralelos à ação dos patógenos – um tanto esquecidos no estudo de Bacci – teriam causado as mortes de contínuo. Ainda que nem tanto devido às guerras ou violência generalizada. Mais determinantes teriam sido os excessos na extração de energia dos trabalhadores, a dificuldade de sustento das famílias devido às alterações ambientais e da produção de alimentos, sem contar as derrotas políticas, as expropriações de bens etc. E teria ocorrido a depressão da fertilidade pela desestruturação das comunidades e o abalo emocional devido à forte subjugação, como na constante humilhação que teria levado muitos ao desespero fatal.

As abordagens distintas de Cook e Bacci não impedem alguma convergência. Em ambos se destaca o problema da implementação das reducciones. A sistemática formação de vilas ou a reunião dos povoados decadentes teria facilitado o contágio das graves doenças entre famílias que antes viviam em habitações espalhadas pelo terreno – ainda que existissem grandes aglomerações há muito tempo.

Aliás, os estudos arqueológicos têm apontado as más condições sanitárias nos centros urbanos pré-hispânicos. Vários sítios teriam sido abandonados particularmente devido à proliferação de doenças gastrointestinais e respiratórias. Os

⁶ Utilizo a edição barcelonesa (BACCI, 2006).

capítulos iniciais da obra organizada por Enrique Florescano e Elsa Malvido (1992) recuperam bons elementos das crônicas e memórias de indígenas “nobres” e “plebeus” escolados do século XVI, para sustentar que as epidemias também tiveram seu papel nas transformações sociais do México antigo.

Bacci deve estar correto em moderar o efeito das novas epidemias ao reforçar que depois de duas ou três gerações da chegada dos europeus, quando os nativos adquiriam maior imunidade a tal e qual infestação, o ingrediente da exploração social viria embaralhar os fatores da depopulação. Contudo, o demógrafo toma informes clericais como prova cabal das circunstâncias.

Muitos religiosos em sua lida por defender suas prerrogativas foram audazes detratores de outros grupos dominantes. Posicionaram-se principalmente contra os mineiros e lavradores de origem espanhola, mas podiam acusar até mesmo funcionários e líderes da cepa indígena, se adversários no controle social e emprego de uma mão de obra outrora abundante.

Quanto à tradição dos estudos de uma conquista biológica, a qual sobreleva as diferenças entre estoques genéticos e os impactos da falta de imunidade em populações isoladas, trago a crítica interna de Linda Nash (2014).⁷ Segundo a autora, a história ambiental fia-se em alguns resultados da epidemiologia como ponto pacífico. Mas essa ciência não é pronta, infalível ou neutra, enquanto as doenças se transformam ao longo do tempo havendo também especificidades contextuais. Uma ecologia de vetores como insetos, porcos, roedores, humanos, sem contar as mutações dos minúsculos predadores e as situações e disposições dos grupos e indivíduos, tudo deve entrar no balanço.

É bem provável que a impressão da facilidade de adoecimento e morte coletiva tenha sustentado a visão colonial de uma fraqueza corpórea dos indígenas. Mas não se pode referendar as assunções

⁷ O questionamento vai direcionado a Alfred Crosby, Jared Diamond, William McNeill e outros nomes da vertente historiográfica, embora Noble Cook seja explicitamente poupado.

de um passado remoto que tinha um paradigma de saber hegemônico muito distinto do atual.

Aponto o deslize de anacronismo citando uma passagem do excelente estudo de Sherry Fields (2008) sobre o cotidiano das enfermidades no México colonial:

No processo de conquista, os habitantes do Novo Mundo imunologicamente *naifs* entraram em contato direto com os ‘super-homens imunológicos’ do Velho Mundo. Dentre os europeus, é possível considerar que os ibéricos possuísem um dos mais desenvolvidos sistemas imunológicos do mundo naquela época.

Os indígenas logo perceberiam nos espanhóis características corpóreas excepcionais (FIELDS, p. 9-10). Mas não parece que tenha havido tal entendimento, senão em breve estupor. Os estrangeiros talvez tivessem alguma natureza divina ou contavam com poderosas entidades para enviar as pragas – tal como faziam antes por arbítrio ou castigo os numes Tlaloc, Xipe Tótec ou Tezcatlipoca (PASTRANA, 2009).

De toda forma, Fields não se dedica à história das epidemias entre os indígenas. O que faz é narrar os incômodos leves e graves de uma sociedade diversa em crescente mestiçagem. Contraditoriamente, mostra a susceptibilidade dos imigrantes a doenças como gripe, sífilis e malária.

Não obstante, alguns males letais na península ibérica, o caso da peste e do tifo, não tiveram o mesmo efeito de destruição da malha social como no outro lado do Atlântico. Suzanne Alchon (2003), tal como o demógrafo Bacci, argumenta que a depressão das condições sociais dos ameríndios devido às políticas coloniais teria impedido a regeneração normal após as crises de morbidade.

Doenças que praticamente só matavam as crianças no sul da Europa e norte da África foram arrasadoras no Novo Mundo, destacadamente a varíola. Autores como Sheldon Watts (1997) descrevem essa virose como decisiva aliada do imperialismo europeu ao derrubar o moral de resistência dos guerreiros e

liquidar a vida de indivíduos de todas as idades. Embora a insinuação de guerra biológica ou genocida na conquista ibérica, ou mesmo nas atitudes dos ingleses pouco depois, pareça fora de contexto. Não se pensava em parasitas microscópicos, e apesar de algum entendimento do contágio interpessoal, outros motivos, como a mudança de ares e o mal odor dos mortos seriam explicações mais relevantes para o entendimento das rápidas infestações e óbitos. O que fizeram os invasores foi auscultar favorecimentos de Deus ao despachar tantas pestes contra os naturais da terra. Dariam algum crédito às epidemias como veículos da vontade divina para os sucessos militares e viam na depopulação uma oportunidade para a imigração.

Nicolás Sánchez-Albornoz (2003, p. 9), na apresentação à coletânea da *Revista de Indias* mencionada acima, esclarece o descompasso entre os pareceres de época e a atual celeuma acadêmico. Agora, “los seres humanos han pasado a ser más bien instrumentos de altos designios seculares, como el colonialismo o la globalización de la morbilidad”, enquanto que “la mano de Dios ha sido descartada y dos viejos actores del drama han sido retirados del proscenio. Indígenas y conquistadores han dejado de ser responsables del desaguisado por sus pecados o por sus tropelías”.

Muitos historiadores se rendem, porém, à perspectiva moral de incriminar as práticas de algumas elites da época colonial, como a classe dos mineiros e fazendeiros ricos de ascendência ibérica. De certo, na leitura da exploração sistêmica pode haver espaço para pensar as subjetividades. O problema é transportar as ideias ou políticas identitárias atuais para compor as explicações dos mecanismos da distinção social na América colonial (FISHER, O’HARA, 2009).

O contraste apontado por Sánchez-Albornoz é pertinente em especial para se evitar a utilização acrítica das opiniões e dados inscritos na documentação. Os pareceres de condena do pecado da cobiça dos espanhóis ou a repulsa aos vícios de vagabundos, mestiços, negros forros, entre outros a contaminar os índios “inocentes”, talvez esclareçam pouco a respeito dos verdadeiros

fatores do severo declínio populacional. Ou ainda, podem demonstrar as grandes transformações por que passava o mundo indígena, e que nem sempre seriam negativas.⁸

Enfim, várias correntes historiográficas se afastaram da simples dicotomia entre colonizadores e colonizados mostrando as diversas relações de poder social em situações como a negociação política. O que é louvável se a questão das oposições estamentais ou de classe não forem esquecidas. Também se busca algum protagonismo dos indígenas afora os momentos de guerra, rebelião e fuga. Não se trata apenas de prover o retrato das antigas elites locais então educadas em famosos colégios como o do convento franciscano de Tlatelolco. Havia estratos sociais nos pueblos, como os oficiais dos *cabildos* das zonas agrícolas, os artesãos e outros especialistas citadinos, e vários igrejeiros, muitos dos quais criados nos monastérios, que figuravam como novos setores bastante integrados a algumas forças dominantes estrangeiras. Sem contar que lidavam, às vezes de forma conflitante, com parcelas do vulgo espanhol, africanos, mestiços. Em suma, muitos grupos sociais acabavam participando da exploração dos índios comuns e tributários vinculados aos pueblos (VARELLA, 2017b).

Feitas as advertências, nos itens a seguir são analisados alguns razoamentos sobre o declínio dos ameríndios que giravam em torno de graves males sociais, mas tendo em vista a noção de pestilência, a qual apresenta paralelos com o sentido atual de doença epidêmica.

Depois dos surtos da peste bubônica no século XIV, os letrados organizaram um esquema hierárquico de base aristotélica para a explanação das enfermidades coletivas. Pensava-se em “causas primeiras, primárias ou remotas” de ordem metafísica e cosmológica, como a ira divina e as influências astrais. Tais “causas

⁸ Como na liberalidade alimentar, isto é, havia restrições e iguarias reservadas às elites em tempos pré-hispânicos. Também, os indígenas se apropriaram, por exemplo, de animais de criação como galinhas e porcos – ainda que fossem tributados para o abastecimento dos colonos.

superiores” teriam relação com o ritmo das estações do ano e as bruscas mudanças climáticas, com os fenômenos cômicos como a ação dos vulcões e terremotos, incluindo-se eventos como a proliferação de gafanhotos e mosquitos. Abaixo disso vinham as “causas eficientes ou imediatas”. De um lado, os elementos cunhados por Galeno como “não-naturais”, ou seja, fatores externos à natureza corpórea que poderiam trazer saúde ou enfermidade. Tal como a ingestão dos alimentos, água e ar com suas qualidades, os exercícios físicos e o regime sexual, até chegar ao poder enfermizo das emoções como a tristeza e o medo. No rol de causas também estava o motivo dos envenenamentos e ferimentos, ou a ideia de predisposição às enfermidades. A natureza física podia ser explicada pelos hábitos alimentares e condições ambientais, ou ainda, como características intrínsecas aos sujeitos considerando o sentido de hereditariedade. Por fim, havia as “causas próximas”, de fato a descrição do processo mórbido. Mas em toda a armação ou encadeamento de motivos havia sempre escolhas e nuances interpretativas (PELLING, 2001, p. 18).

A peste em meandros da guerra e da fome no Novo Mundo

Houve clérigos na península ibérica que mesmo sem formação médica se colocaram como intérpretes e sanadores da gravíssima peste bubônica. É o caso de um influente matemático e teólogo aragonês acusador de bruxarias, Pedro Ciruelo (1519, p. 4). Ele escreveu um tratado sobre o “*peligro de la pestilencia epidemial*”⁹ chegando à conclusão de que era pior que a guerra e a fome – os demais extremos infortúnios.

O prestigioso mentor da Universidad de Alcalá anunciou as mortandades como “*sañas y iras de dios*” (p. 9). Seriam “*quatro razones justas*” para o Senhor enviar as pragas. Podia ser por um mistério inacessível ou para revelar os vícios abomináveis. Podia

⁹ O termo epidemia indicava, desde os tratados hipocráticos, a incidência de uma infecção grave por cima de muitos indivíduos numa mesma região.

servir para castigar os pecadores, inclusive provocando a morte de inocentes estimados como as crianças, e serviria como provação aos virtuosos (p. 57).

Apesar de acentuar a causa superior e relativizar outras importâncias, Ciruelo acatou diversas explicações e advertências da filosofia natural e dos saberes médicos. Contudo, o sábio da Igreja contestou as pretensões da clínica, pouco eficaz para impedir o estrago da peste, enquanto exortava às obrigações da caridade aos feridos e extrema-unção aos moribundos.

Em tempos da Contrarreforma, o tratado *Alivio de pestilencia* de Pedro de Azeredo, que exercia como bispo de Sevilha, corroborou o teor de disputa com os filósofos laicos ao acentuar os arroubos da chamada “astrologia judiciária”, como se tudo estivesse determinado pelas conjunções zodiacais. Para Azeredo (1570, p. 276) a enfermidade seria expedida por Deus devido aos males de humano arbítrio: “el pecado es la estrella que causa la pestilencia”.

O prelado considerou a peste como “mayor açote” e “mas cruel castigo” que a fome e a guerra, dedicando longo capítulo para sustentar a tese (p. 277-310). No entanto, “qualquier adversidad” teria por causa os pecados. É isso que os antigos profetas e Jesus haviam ensinado (p. 112). Mesmo assim, a prédica se aliou à compilação de práticas que a tradição separava como as artes da dietética, farmácia e cirurgia. Em apêndice ao extenso tratado religioso, Azeredo enfatizou que suas recomendações de saúde corpórea foram retiradas de excelentes peritos, e ainda ergueu as autoridades de Hipócrates, Galeno e Avicena (p. 455-464).

Esses parâmetros espirituais, morais e médicos dos tratados teológicos da peste foram observados pelos evangelizadores do Novo Mundo em suas crônicas, cartas e pareceres. Mas a expoente peste que atacava a Europa estava em outro terreno, e nele preponderava o relato da violência e carestia devido à conquista estrangeira.

Toribio de Benavente, um dos primeiros religiosos a chegar no México, quem logo se rebatizou Motolinia – significando “o pobre” no idioma náuatle – escreveu uma crônica por volta de 1540 que incluía breve história a respeito de dez pragas da Nova Espanha. O

franciscano aludiu ao cativeiro dos judeus no Egito dos faraós. Fez comparações alegóricas com a situação dos índios oprimidos pelos espanhóis e outros, como os capatazes negros e os antigos cobradores de impostos, os *calpixques* (MOTOLINIA, 1989, p. 42-53).

Somente a primeira praga no México teria sido de epidemia. O franciscano indicou uma causa espiritual para os primeiros surtos de varíola e sarampo. Tratava-se da vingança de Deus devido aos excessos sexuais e sacrifícios humanos imputados à elite indígena. Já as demais pragas se relacionavam às atitudes ruins dos invasores. O cronista trata das desavenças entre gente gananciosa em constante violação dos índios comuns, caracterizados como pobres e inocentes.

Em suma, a peste não vai ter o mesmo valor da guerra e da fome. Motolinia colocou as enfermidades em segundo plano ao acentuar a exploração social como causa das mortandades. Contudo, não deixou de relacionar os assuntos na definição de algumas pragas.

Bacci (2006, p. 42-45) se apoiou no enredo de Motolinia para defender que as epidemias foram coadjuvantes nessa história. Ou seja, a conquista e seus desdobramentos teriam cobrado mais vidas. Entretanto, aquele influente franciscano não deixaria de perceber a relevância das pestes ao sublinhar as atrocidades da guerra ou a calamidade da fome.

Havia inequívocas causas naturais para as enfermidades: “el agua fue hecha hedionda, quando muchos morían, que no los pudiendo enterrar hedían por todas partes”. Esse motivo se repete na segunda praga, que foi a guerra: os corpos deixados na água e na terra “hediendo como pescado hediondo” foram estopim de enfermidade (MOTOLINIA, 1989, p. 42, 46).

A etiologia da putrefação dos corpos sem sepultura, especialmente nos momentos de forte refrega, faz aumentar a dimensão das epidemias nas impressões dos contemporâneos. Francis Brooks (1993, p. 26-27), também ao avaliar Motolinia, ignorou esse aspecto em revisão historiográfica que buscou diminuir a perspectiva analítica ou o fator da conquista biológica.

Motolinia (1989, p. 51) havia considerado, ainda, uma causa telúrica de epidemia. Os socavões das minas de prata, que lhe representam a nona praga, exalavam fortíssimo mal odor, o que “causó pestilencia” matando índios e negros.

Várias pragas remetiam diretamente ao regime servil. Os excessivos tributos e serviços, exequíveis pelo terror, são os carrascos tanto da alma dos mandantes como do corpo dos trabalhadores. O frade seráfico lembra dos *tamemes* carregadores em longas jornadas, e da construção da cidade do México, que teria sido outra praga. Ali os índios jejuavam após terminado o lanche trazido de casa. Enquanto nas minas e no regresso ao pueblo, também havia o desequilíbrio de enorme esforço físico e parca alimentação (p. 47-51).

Bartolomé de las Casas, celebridade máxima da representação colonial do índio fraco e oprimido, alguma vez vai lembrar de epidemia na extensa *Historia de las Indias* – o que Noble Cook (1998, p. 7-8, 62) pinçou para demonstrar que o clérigo dera alguma importância às doenças. Mas o texto mais conhecido de Las Casas, a *Brevísima relación de la destrucción de las Indias*, omite o ataque da varíola no cerco à capital dos mexicas, algo que mereceu na crônica de Motolinia o posto de inaugurar as pragas da Nova Espanha. Curiosamente, Las Casas (2009, p. 48) chamou de “tiránica pestilencia” à violência estrangeira que “fue a cundir e inficionar y asolar” diversas províncias. Se quis expressar o espalhamento da crueldade, o recurso retórico substituiu evidente pandemia.

Cook poderia ter trazido a *Apologética historia sumaria*, extenso manuscrito que circulou entre poucos colaboradores de Las Casas para sustentar que esse polemista lidava seriamente com o problema das doenças. Embasado em Aristóteles, o dominicano inferiu que o índio sucumbia pela “imaginación del mal o de la cosa triste que se teme padecer”, e isso “causa muchas veces venir

pestilencia”. Afinal, “si el hombre imagina algunas enfermedades incurre en ellas” (LAS CASAS, 1992, p. 404).¹⁰

Os índios se tornaram tristonhos e medrosos “viviendo en amarguísima y durísima servidumbre” (p. 434). O atuante religioso da corte de Carlos V também absorveu a ideia de que o índio tinha um corpo “delicado” para o trabalho estenuante – o que já havia sido considerado por outros nas mortandades da região caribenha. Las Casas salientou que os índios eram “para sufrir muy poco trabajo (...) como es notorio a todos los que los cognoscemos” (p. 435-436). O pensador combinou certa propensão às enfermidades por desordens emocionais a uma condição débil do corpo.

Em parte, a fragilidade constitucional estaria relacionada à alimentação frugal (LAS CASAS, 2009, p. 10). Mas as circunstâncias da opressão estrangeira, ou seja, os efeitos da fome, do excessivo esforço físico, das injúrias, enfraqueciam ainda mais esse sujeito. As graves alterações psicofisiológicas advinham de ações concretas dos espanhóis.

Motolinia e Las Casas são úteis para notar certos parâmetros que foram imitados, recolocados, ou contornados, invertidos, por outras autoridades e lideranças eclesiásticas e laicas.¹¹

A peste do recrutamento às minas e o bom tratamento nos conventos

Uma primeira pandemia de *cocoliztli*, entre os anos de 1544 e 1545, teria liquidado metade da população indígena, segundo alguns relatos. Outra pandemia de mesmo nome, igualmente contundente, que começou em 1576 e durou cerca de cinco anos, parece ter sepultado de vez o projeto da nova cristandade. A

¹⁰ A perspectiva era comum em tratados da peste do final da Idade Média. Mas não foram poucos os escritos do Siglo de Oro espanhol que disputaram se e quando a faculdade mental da imaginação poderia operar as enfermidades (JORDAN ARROYO, 2017).

¹¹ Aspectos do discurso missionário também foram manejados por procuradores e defensores civis dos indígenas e por líderes e oficiais nativos, em várias situações.

segunda crise significou o ocaso da “república” fomentada pelos monges mendicantes, e cujas realizações culturais têm sido apreciadas como a Renascença mexicana.

A palavra *cocoliztli*, falada por todos na Nova Espanha, carregou no castelhano o sentido de “*pasión trabajosa*”,¹² “*enfermedad contagiosa*” e “*pestilencia*” (MOLINA, 2016, p. 86-87).¹³

Uma rápida vista em informes distritais dos *corregimientos*, elaborados maiormente na década de 1580 formando um corpus documental conhecido como *Relaciones Geográficas*, pode demonstrar a gravidade da situação. A produção demandada pelo Consejo de Indias tratou de saber o porquê da decadência. A fonte é heterogênea e dificulta deslindar os depoimentos de anciãos e oficiais nativos. Os *corregidores* e seus delegados mencionam que os “índios dizem” que foi o alimento ruim e parco, ou então, que comiam ou bebiam exageradamente, e que existia um excesso de trabalho ou muita moleza de toda a gente. Essas e outras disparidades podem ser menções tanto ao período de antes como após a chegada dos espanhóis.¹⁴

Houve não pouca participação de *doctrineros* na elaboração desses informes. Destaco um trecho da *relación* do pueblo de Tetela:

La causa por que ahora mueran tantos, y haya tan frecuentes pestilencias, es secreto de Dios, que es así servido, (...) pero, la que según ordinariamente se entiende, es que no estaban tan vejados ni oprimidos con servicios personales como ahora lo están. Y siendo, como es, gente tan flaca y delicada y para poco trabajo, y las enfermedades los hallan tan fatigados y trabajados que no hallan resistencia, y, así, se acaban (RELACIÓN, 1986, p. 267-268).

¹² Paixão é símile de enfermidade e sinônimo de emoção na linguagem da medicina humoral.

¹³ Vários estudos indicam que as duas crises tiveram a ação de doenças diferentes. O *cocoliztli* de 1576 teve como principal sintoma uma forte febre hemorrágica, mas até hoje não se sabe qual foi a moléstia ou conjunção de males que levou à pandemia na Mesoamérica.

¹⁴ Apesar dos valores contraditórios, a série de relatos incentiva as hipóteses em torno aos hábitos e posturas dos indígenas (VARELLA, 2019).

O editor René Acuña supõe que um dos escreventes anônimos empregados pelo corregidor foi um frade domínico adepto de Las Casas (p. 257). A passagem de fato se alinha à posição de muitos padres predicadores e outros missionários.

Outra fonte histórica que destacar, bem menos conhecida e utilizada, são os documentos do concílio ocorrido na Cidade do México, em 1585. Os consultores e os bispos costuraram o tema da diminuição e degradação do corpo social indígena para sustentar políticas faccionais, mas também institucionais da Igreja mexicana.¹⁵

Como já destacado, tinha de haver alguma razão espiritual para o aparecimento das epidemias. Se quase todos os participantes do Terceiro Concílio tiveram formação ou carreira em teologia, um médico laico foi quem recorreu aos favores do plano superior para o combate às enfermidades. Tratava-se, porém, de um cristão devoto que atendia num convento dominicano, e que solicitou no evento da Igreja a fundação de uma irmandade dos negros. O doutor Pedro López pediu também a celebração do dia de São Roque, “a quien en Castilla toman las gentes por abogado de la pestilencia, y en muchos pueblos le huelgan” (MANUSCRITOS, 2006, p. 421-422).

As lideranças eclesiásticas, de seu turno, praticamente só observaram a condição *temporal* e *corporal* dos índios. Aquele lamento fatalista que sustentou a tese de John Phelan (1970) a

¹⁵ O contexto dos trabalhos e participantes do concílio vem em detalhe na seção introdutória da edição de Alberto Carrillo Cáceres (2006), que transcreve o maço documental do evento que trouxe as diretrizes da Contrarreforma ao México. Há décadas o governo episcopal era confrontado pelas ordens conventuais, mas havia negociações entre os grandes blocos clericais. Bem como diferenças entre os mendicantes, e entre eles e os jesuítas, que alguns anos antes haviam sido autorizados a fundar missões e colégios na Nova Espanha. Enquanto isso, o incipiente clero sacerdotal se apoiava na formação universitária. Também, os foros eclesiásticos rivalizavam com a governança e justiça civis no contexto do *patronato* de Felipe II, que entre as prerrogativas nomeava os bispos, o que enfraquecia a mitra. Os religiosos mendicantes, por sua vez, tiveram a retaguarda de alguns vice-reis. Havia enlaces e ruídos por toda parte e um pouco disso pode ser captado nos documentos do concílio.

respeito de uma vertente milenarista entre os franciscanos, tal lamento ficou ofuscado pela exortação à reforma do regime laboral.

O instituto era supervisionado por funcionários reais como o *juez repartidor*. Os líderes religiosos foram efusivos na condenação aos recrutamentos de braços das comunidades, o que era exigido aos *gobernadores* e *regidores* dos distritos indígenas para os setores mineiro, agropastoril e fabril.

Nos trabalhos do concílio houve a mobilização de líderes missionários das *religiones* para a elaboração de uma “consulta” em torno ao desvio de finalidade do repartimento. O interrogatório, no primeiro item, indicava a baixa remuneração dos índios e logo aponta que “el dicho trabajo [é] muy grande respecto de la flaqueza del sujeto” (p. 312). Nas respostas, os consultores resgatam essa prévia arguição para condenar alguns trâmites ou pedir a abolição do regimento servil – que foi a postura assumida pela ordem de São Francisco.

Na introdução à série de “dudas” quanto à licitude do recrutamento, vinha a deixa de que os espanhóis e negros, os mestiços e mulatos, os pobres e vagabundos, qualquer um teria “más fuerças” para a extração dos cobiçados metais. Também indica o péssimo ambiente das gretas. O excesso de umidade e frio junto ao demasiado trabalho causaria as mazelas e os óbitos. No roteiro se observa ainda a questão alimentar. Os índios recrutados comiam pouco e mal ou nem isso: “un tamal que de su casa traen podrido lo quitan” (p. 313). Ao lado do espectro do mal tratamento ao fraco está o índice da comida enfermiça, bem como o da condição famélica.

É oportuno trazer uma passagem de Agustín de Farfán, antes médico de Felipe II que iria obter o título de doutor em medicina na Real Universidad de México. Logo depois de perder a esposa, ingressou na regra dos agostinhos. Em 1579, sai da prensa um manual de drogas medicinais e técnicas de purga e sangria, reeditado no início do século seguinte. Em breve capítulo com recomendações para “quitar las calenturas a los indios”, Farfán

(1610, f. 134) considera que na verdade eles sucumbiam “traspasados de hambre y sed”.

No concílio, o dominicano Pedro de Pravia condescendeu com o recrutamento dos índios, mas só se fosse para serem empregados nos mosteiros, porque ali “les dan alguna comida y los tratan bien” (MANUSCRITOS, 2007, p. 324). Portanto, são os mineiros e lavradores que injuriam os índios esfomeados. Mas pode haver uma distância entre o discurso clerical e o que de fato acontecia.

Para John Super (1988), houve relativa fartura alimentar em certas regiões ou núcleos da expansão colonial, como no entorno das minas. Os oficiais do governo prescreviam rações consideráveis de carne vacuna ou suína, o que a dietética tinha por excelente sustento sem rival. A norma servia justamente para aproveitar melhor a força de trabalho indígena e africana.

Também foi tema importante no concílio o mal da mudança de ares. Recrutados de “tierras calientes a frías”, os índios esmoreciam. Não só o trabalho, também a “frialdad” mata (MANUSCRITOS, 2007, p. 313). A etiologia das alterações climáticas estava no cerne do pensamento hipocrático no México (VIVEROS MALDONADO, 2007).¹⁶

Os pareceres reafirmavam, portanto, as causas enunciadas no questionário. Frei Pravia, que além de representante dos predicadores, ministrava teologia na Universidad de México, indagou o motivo dos “españoles christianos” botarem nas minas “hombres christianos, libres, flacos y frágiles, que por su pobreza y miseria pierden allí la vida, donde pasan tan excessivos trabajos, y tan desproporcionados a sus flaquísimas fuerças?”. Não só denuncia a precária condição social, como sublinha uma inferioridade corpórea de velho bordão: “a todo el mundo consta ser gente de pocas fuerças y flacos, que no son para trabajo” (p. 324).

Mas o partido dos empresários laicos podia arguir o exato oposto da postura dos religiosos. Alonso de Oñate, procurador geral dos

¹⁶ A propósito, a sazonalidade de doenças como a gripe é assunto de debate na epidemiologia.

mineiros, imprime um parecer na linha da *servidão natural* há muito postulada por Ginés de Sepúlveda na famosa polémica de Valladolid contra Las Casas. Arvorando-se teólogo e canonista, Oñate mencionou a *Política* de Aristóteles citando jurisconsultos para deduzir que “la naturaleza hizo proporcionados los cuerpos de los indios, con fuerças bastantes para el trabajo del servicio personal; y los de los españoles por el contrario, delicados, y derechos, y habiles, para tratar la pulicia y urbanidad” (OÑATE, 1600, f. 4).¹⁷

Pravia, em seu parecer no concílio, indagou as razões da natureza fraca dos índios: “ora sea por el clima y región donde viven, que no cría hombres más robustos, ora sea porque como su comida es tan liviana, también tras ella se siguen pocas fuerças” (MANUSCRITOS, 2006, p. 324). O professor foi influenciado pelas depreciações da natureza e alimentos da região, participando de uma nova linha da filosofia natural que se desenvolve no meio intelectual mexicano a partir da década de 1570.¹⁸

Hernando Ortiz de Hinojosa, descendente de um conquistador, também foi consultor no concílio de 1585. Nesse momento possuía uma cátedra de filosofia na universidade, e depois, obteve uma de teologia. Mostrou desenvoltura na descrição de efeitos fisiológicos nocivos do vinho estrangeiro e os benéficos do pulque da terra, este acorde à natureza dos índios.

Ortiz de Hinojosa também se aprofundou em aspectos da insalubridade nas minas e na coleta de ouro aluvial. Observou o risco da umidade em “profundísimas galerías” e do sal e mercúrio na peneiragem, enquanto o “humo que echa el fuego les hace tanto

¹⁷ O viés teria resposta certa num libelo do franciscano Gaspar de Recarte, escrito em 1584: “ha habido y hay infinitos españoles en estas Indias, enemigos de oir verdades, [que] hallen lo que desean: malos letrados que engañados con razones sofísticas y aparentes les digan lo que ellos desean” (RECARTE, 1975, p. 380). Esse documento baseou a posição da ordem seráfica no concílio do ano seguinte.

¹⁸ Em estudo concentrado no peculiar tratado do médico Juan de Cárdenas, de 1590, detenho-me mais nessa avaliação (VARELLA, 2017b).

mal que los deja paralíticos, y les produce muchas enfermedades” (p. 409).¹⁹

O doutor Ortiz vai acusar o repartimiento de “perpetua y molesta peste”. Foi incisivo em condenar o emprego compulsório de índios “artífices” como os ferreiros, padeiros, pintores, incluindo os produtores de alimentos. Todos deviam ter contratos justos e escolher o melhor patrão da praça deixando de ser “siervos de los siervos” (p. 417-418).

O aluno de Pravia aprofundou-se em pareceres médicos e dietéticos, contudo, Ortiz pensava em solução distinta para os “chichimecas” – os povos do norte mais seco distinguidos pelo estereótipo do *homem selvagem*.²⁰ Mas tanto Ortiz como os representantes das distintas filiações conventuais e os consultores canonistas vão condenar em declaração conjunta os repartimientos característicos do México Central. Recalam em outro papel que o trabalho mineiro era fatal para os índios e que por isso tinha de acabar (p. 364-370). Contudo, o colegiado dos prelados e finalmente o arcebispo Pedro Moya de Contreras, que exercia interinamente como vice-rei, não deixaram passar o manifesto como resolução do Terceiro Concílio. Claro que um juízo extremado iria prejudicar vários interesses privados, institucionais e fazendários.

Moya arremeteu contra os índios: deviam sempre ser compelidos ao trabalho “por ser naturalmente ynclinados a ociosidad, que les da lugar a todo género de vicios” (p. 434). Utilizou-se de argumento espezinado por vários consultores. Embora até entre os aguerridos defensores da república dos índios houvesse espaço para esse tipo de juízo.²¹

¹⁹ Como se sabe, há efeitos de intoxicação neurológica por mercúrio com sintomas como enfraquecimento e paralisia.

²⁰ Eles só comiam “ervas, tunas e carne humana” e estavam “expostos a todas as injúrias do céu, mortos de fome e sede”. Deviam ter melhor sorte. Que fossem reduzidos à “servitud perpetua”, ou seja, aprisionados e escravizados. Assim seriam tratados com bons alimentos, abrigos e regalos (MANUSCRITOS, 2007, p. 292).

²¹ Os primeiros frades, em pacto com os conquistadores encomenderos, viam pertinência do mando forte numa terra tropical que levaria à moleza e falta de

Não obstante, o franciscano Recarte não deixaria dúvidas sobre a posição de sua corporação e foi seguido de perto pelas demais ordens conventuais. Chamou o repartimiento de “lima sorda” que “va consumiendo a los indios, si no se remedia” (p. 344). Pode-se transportar esse entendimento para a perspectiva atual de que a exploração social endêmica foi mais impactante que os momentos de rápido morticínio.

Em 1594, outro importante parecer dos franciscanos insistia pela impugnação dos repartimientos, que seguiam vigentes. O papel assinado pelo provincial e outros teólogos da ordem só aquiesceu pelo emprego sazonal dos camponeses no intuito de manter o abastecimento de trigo (PARECER, 1938).

Os frades observaram o desvio de finalidade de obter braços para as *grangerías* de particulares. E defenderam a parceria que tinham com coletivos indígenas, ao arguir pela isenção de recrutamento dos que tinham cargos ou que eram mestres de ofício. Também promovem a visão do livre contrato de trabalho dos pobres (p. 177, 179). Em suma, miravam que os naturais tivessem a mesma condição dos plebeus na Espanha.²²

O parecer de 1594 contemplava os vitimados por fome e mudança de clima trazendo a cifra de trezentos mil índios tributários a menos, segundo os “libros de los oficios” e outras contas dos encomenderos. Mas avisam que essa queda se deu em derradeiros sete anos que sequer viram uma só pestilência (p. 176-178).

É nesse contexto que Gerónimo de Mendieta escrevia a *Historia eclesiástica indiana*, que em parte imitava a crônica de Motolinia na

disposição ao trabalho. Trata-se de um argumento médico-filosófico dos antigos tratados gregos recuperado pelos pensadores medievais cristãos e muçulmanos. Pravia comentou no concílio que para “sacar (como algunos dizem) de su pereza a los indios, que naturalmente son holgazanes, y exercitallos en el trabaxo alegando el dicho de Motecuzuma, que dizem averlo aconsejado assí al Marqués del Valle don Hernando Cortés” (p. 341).

²² Realço uma queixa de Pravia no concílio. Presume que os serviços das cidades andaluzas nunca se sujeitariam ao regime imposto aos índios (MANUSCRITOS, 2007, p. 322-323).

apologia aos pioneiros conquistadores de almas. Mas a situação no fim do século XVI era outra. Mendieta queria manter a influência franciscana nos diminuídos vilarejos resistindo às investidas da Igreja episcopal (RUBIAL GARCÍA, 2010, p. 220-222). Em três capítulos da crônica, Mendieta (1997, p. 196-213) tece a trama que combina e confunde dois grandes motivos da destruição dos naturais: as pestilências e os repartimientos.

Na sua versão das dez pragas bíblicas no México, a causa espiritual das epidemias é aprimorada. Na disputa da verdadeira fé com a idolatria, o demônio reage à debandada de seus adoradores com a fome das estiagens e, talvez, algumas pestes, mas é Deus quem as envia “por sus secretos juicios”. Os índios, inclinados a receber a religião, em “increíble paciencia” e orientados na confissão, compreendem que estariam recebendo o “azote y visita del Señor” por castigo de “sus pecados” (p. 196).

Mas logo o religioso passa para as causas mundanas e outro sentido moral das mortandades. O primeiro desastre não fora de varíola nem sarampo, e sim, a própria obra dos espanhóis, com as guerras, o envio de escravos negros, o trabalho nas minas, a construção dos edifícios.

A verdadeira pestilência para o movimento clerical embandeirado por Mendieta foi o repartimiento comparado à escravidão. Na voz do índio, o cronista se queixa que os negros adquiridos pelos mineiros seriam homens “regalados”, e que da crescente onda de “mestizos, y mulatos, y negros horros, y españoles pobres y baldíos, a ninguno de éstos se haga fuerza para que sirvan”. Enfim, não há quem se contente ou se compadeça por “nosotros en tanta disminución”.

Esse índio lamenta intermitente pestilência em corpo debilitado: “me da la enfermedad y le digo [ao espanhol] que estoy malo, que no puedo trabajar”. O patrão vai responder que “miento como perro indio” e “convaleciendo de mi enfermedad”, mas, tendo que ir ao repartimiento, pelo caminho me acabo “flaco y desventurado” (p. 204-205).

Mendieta está de volta como narrador: “Yo para mí tengo que todas las pestilencias” que grassam “proceden del negro repartimiento”.²³ Os naturais são “maltratados de labradores y de otros que les cargan excesivos trabajos con que se muelen y quebrantan los cuerpos” (p. 207).

O talentoso escritor também dá voz a um fazendeiro que visita o monastério de Tlatelolco durante um ataque de sarampo: “A lo menos a mis gañanes no les dejaré yo trabajar en estas dos o tres semanas”.²⁴ Mendieta arremata: “por otra parte en la fuerza de la pestilencia, no dejaban de clamar al virrey que les diese los indios del repartimiento” (p. 211).

Os franciscanos e outros mendicantes posaram como arautos da liberdade dos indígenas, mas os prelados viram a dificuldade em extinguir a servidão na prática. A Igreja tinha de lidar com os interesses de riqueza dos colonos e os objetivos fazendários do estado, e seguiam a diretriz filipina de depreciação da figura do índio e sua cultura ancestral minorando também os resultados da evangelização dos monges.

Junto ao sinal de fraqueza do corpo vinha o sentido do vício da preguiça. Se pouco afeito ao trabalho, razão para moderar a carga, o índio molenga precisava de ocupação para civilizar-se. Esse foi o caminho de acomodação à superexploração do trabalho indígena.

Mas como salienta Stafford Poole, até mesmo os bispos mostraram consistente atitude contra os “espanhóis”, ou seja, alienando-se dos interesses de muitos paisanos, “o que normalmente é associado a reformadores mais extremos, como Las Casas”. Contudo, não dava para esconder que a instituição eclesiástica – incluindo o corpo missionário – usufruía do trabalho dos novos cristãos. Poole avalia que as críticas ao repartimiento

²³ As minas são lugares de escura sujeira que impregna o corpo, mas parece que o adjetivo “negro” alude ao cabimento do labor para os corpos africanos escravizados.

²⁴ *Gañán* era o trabalhador pago por jornada, saído de sua comunidade de origem contribuindo para formar o grupo social dos *peones* empregados dos *hacendados*.

pelas máximas autoridades clericais significou, em parte, uma atitude de “abnegação” (POOLE, 2011, p. 229).

Destaco a posição do criollo Ortiz de Hinojosa no Terceiro Concílio. Ele havia operado longa contestação escolástica da servidão dos naturais, o que fazia coro à demanda dos missionários. Porém, não eximiu o clero regular da responsabilidade pelo jugo ilegítimo: “Y a veces también los mismos monjes mandan que los indios destinados a los edificios públicos eclesiásticos, vayan a las canteras o bancos de piedra a cortar losas (...) para su uso privado” (MANUSCRITOS, 2007, p. 410-411). Em outro parecer no concílio, Ortiz explora o abuso dos clérigos lembrando das reclamações dos indígenas:

Lo primero que tiene neçessidad de rremedio es que los yndios se quexan mucho de las personas eclesiásticas, así seglares como rreglares, y para declarar ser quexa, usan deste vocablo teto linique, que quiere dezir maltratadores y vexadores, porque los susodichos no pagan a los barberos, sastres, porteros, cozineros, ortelanos, cavallerizos, un solo maravedí como si fuesen sus esclavos, debiéndoseles como se les deve este serviçio personal (2006, p. 405).

O acadêmico advogou pela cúpula da Igreja ao minar a aura de virtude dos mendicantes e incentivar a qualificação dos sacerdotes para officiar os sacramentos nos pueblos.

A tensão política mobilizou o Consejo de Indias, que estabeleceu normas e orientações para acabar com os “servicios personales”. Mas a minuta de 1596 (KONETZKE, 1958, p. 43-47), que orientou uma cédula promulgada em 1601, contornou o protesto missionário, e sem a dubiedade arranjada pelo arcebispo no concílio.

Simplesmente, a meta foi não reprimir o repartimento, que permaneceu autorizado como dispositivo de obrigar os índios de natureza preguiçosa ao *alquiler* de seu trabalho. Em última instância, a resposta oficial aos protestos de teólogos como o dominicano Juan Ramírez, que é citado e havia participado do concílio, acaba se voltando contra os próprios religiosos. A minuta

reforça que os índios “no sean engañados como lo suelen ser por su facilidad y se ordene que çesen los superfluos edificios en los monesterios” (p. 44).

A *real instrucción* de 1601 (KONETZKE, 1958, p. 71-85) estabelece que o grande dano era “el repartimiento que se hace de los dichos indios para los servicios personales” (p. 71). Ou seja, o trabalho de alegado interesse público, voltado às minas e plantações, é preservado. A normativa foi enviada aos dois vice-reinos americanos em política de preservação dos recrutamentos mais importantes ao fisco real e à manutenção dos colonos.

Se o rei demanda impedir que o índio entrasse nas *obrajes*, verdadeiras fábricas-prisões, reservando-as ao escravo negro, e se proíbe o antigo costume de carregadores a pé, ou se repreende a servidão por dívidas nas fazendas, também se opõe a que os índios servissem como *pajes* de palácio a todo mundo – os clérigos tampouco deviam tomar criados do seu rebanho.

Termino o item advertindo que muitos líderes e coletivos indígenas se apropriavam das visões europeias para compor suas políticas. Abarcaram a noção jurídica de indivíduo em condição miserável. Nesse status – que levava em conta o relato de homens oprimidos, ingênuos, medrosos, fracos, maltratados – havia isenções e facilitações, em foros civis e eclesiásticos. Enfim, a noção de miserável reforçava os argumentos dos indígenas em seus protestos e petições.²⁵

Destaco um achado nos papéis do processo do episcopado e *cabildo* eclesiástico de México contra os índios da própria capital e região, em tempos do arcebispo Alonso de Montúfar (PLEITO, 1558). A incipiente Igreja secular, carente de recursos, solicitava que os naturais pagassem dízimo pela criação de gado, plantação de trigo e confecção de seda, inclusive no alegado de que esses

²⁵ A questão do “índio miserável” na América colonial tem gerado diversas avaliações, às vezes díspares. Destaco um artigo de Caroline Cunill (2011) para observar essa discussão, inclusive, no aspecto de uma naturalização do deprimente estado social e corporal.

produtores não eram pobres. Os índios ficaram escandalizados com a demanda, que de fato não foi atendida pela Audiência. Para escaparem da cobrança do dízimo, os governadores índios reforçaram no interrogatório terem sempre servido aos clérigos, como na construção de igrejas e monastérios (f. 404). Era muita carga em cima de poucos “por se aver muerto en grandes pestilencias”. Além disso “[somos] gente flaca” (f. 619).

Sem dúvida, o motivo das mortandades foi utilizado pelos nativos para contrapor-se ao cotidiano da superexploração social, e mostrar-se como gente de pouca força pode ter sido um recurso político-jurídico importante.

Mas se a aliança que muitos setores e comunidades indígenas tiveram com os monges pudera canalizar seus pleitos por justiça, por outro lado, também implicava em submeter-se à construção, manutenção e afazeres dos monastérios e sujeitar-se à desfaçatez ou ganância de alguns religiosos.

As pestes de fora dos pueblos e nas novas congregações civis

É certo que as periódicas ações governamentais e clericais de juntar os indígenas espalhados pelos ermos e vilarejos decadentes favorecia o contágio de inúmeras doenças. Teria surgido o entendimento tão claro na ciência atual de que a aglomeração pudesse ser um fator de incremento das infecções?

Houve duas tendências teóricas de causas mundanas das pestilências, particularmente quanto à lepra e peste bubônica na época medieval e quanto à sífilis e tifo no início da modernidade. Uma vertente se inclinava pela “causalidade ambiental” e a outra foi o “contagionismo”. Empresto os termos do manual de Hays (2009), quem adverte que o ar pestilente era o corruptor dos corpos humanos nas duas visões.

As duas perspectivas podiam combinar-se perfeitamente. Assertivas do breve tratado do licenciado Fores publicado em Sevilha no ano de 1481, são esclarecedoras. Ao tratar dos exercícios físicos, importante quesito na dietética, alerta que se deve fugir do

ar livre se estiver envenenado. O médico também pede para o sujeito não ficar “donde hay mucha gente, o en reuniones”. Havia o perigo da “conversación de las gentes”.²⁶ Repreendeu “malos regidores” das cidades e vilas ibéricas aludindo ao que havia passado nos portos da Italia em 1387 (TRATADOS, 1993, p. 108-109). Fores tivera a notícia de alguns caçadores isolados que não haviam sido feridos em recente surto da peste bubônica (p.106). E como lembrava Fernando Álvarez noutro pequeno tratado do fim do século XV, havia o perigo da infestação pela roupa e comida dos adoentados (p. 161-162).

A noção de “sementes de enfermidade” do galenismo medieval não diferia muito da tese do “contagion” de Fracastoro em seus discursos sobre a sífilis em meados do século XVI (SANTER, 2015, p. 90). Ainda assim, parece que o humoralismo universitário, ao enfatizar as alterações climáticas e as regiões insalubres, competia com a ideia vulgar da contaminação interpessoal e de uma população a outra, o que era levado em conta para medidas sanitárias como a quarentena (HAYS, 2009, p. 37-61). A partir da metade do século XVI, houve ações mais contundentes contra o contágio, como o confinamento ou bloqueio de bairros, cidades e regiões. Samuel Cohn (2010) está entre os autores que indicam uma guinada das explicações ambientais e dos cuidados higiênicos para atitudes de maior amplitude social – que fosse a via religiosa das procissões, mas, principalmente, as práticas de contenção do contágio por autoridades municipais e outras que podiam até prescindir da orientação dos médicos.

Essas histórias da Europa ocidental podem auxiliar na discussão sobre o intermitente processo de concentração das populações ameríndias, que minguavam.

O Terceiro Concílio mexicano não deixaria o projeto de criar aldeamentos. Mas a proposta não veio dos representantes das ordens mendicantes, acostumadas aos antigos pueblos, ainda que esses núcleos estivessem descaracterizados com escassa habitação.

²⁶ Em sentido de proximidade ou contato na comunicação social.

Os homens da Igreja secular e seus apoiadores é que fomentaram a ideia. Ortiz de Hinojosa, por exemplo, propugnou que os índios “estén juntos y vivan políticamente, al ojo del ministro”. Assim ficaria mais fácil para o sacerdote cumprir os sacramentos (MANUSCRITOS, 2006, p. 387).

Então como bispo de Chiapas, Pedro de Feria trouxe o repisado argumento de que “el diablo antiguamente (...) desparzió, sembró y asentó” os índios “para ser más señor” deles. Por isso há “muy gran neçessidad de que se ponga gran rigor en juntarlos y en hazer congregaçiones dellos”.²⁷ Mas o aldeamento devia ser “en lugares cómodos, sanos, airosos y que tengan agua harta” (p. 294-295). Na mesma linha, o jesuíta Juan de Plaza (p. 273-274) mencionou acordos entre os corregidores, clérigos e lideranças dos índios peruanos para juntar as casas apartadas e povoados pequenos em “asiento saludable” com boa provisão de água.

Nesses pareceres, os clérigos vão assumir a dominante etiologia ambiental das infecções. Mas o mesmo princípio podia servir para contestar as reducciones. O cronista andino Felipe Guaman Poma de Ayala sublinhou o erro da plataforma do vice-rei Toledo de fundar reducciones que logo se despovoavam. Os “savios y doctores, leenciados, filósofos” dos mais longevos incas tiveram a inteligência dos “tenples y tierras y agua” para o melhor assentamento (GUAMAN POMA, 2002, f.951).

Se indígenas e forâneos enxergavam lugares e climas são e enfermços, também notariam o problema da comunicação das doenças, ainda que fosse para ignorá-lo. Para o erudito humanista partidário dos criollos, Francisco Cervantes de Salazar (1971, p. 128-129), as casas dos índios, dispersas em áreas de difícil acesso, propiciariam as idolatrias, bebedeiras, homicídios. O diabo teria convencido de ficarem apartados. Os índios “diziam” que “si hubiese pestilencia, no se inficionasen estando juntos”, mas o cronista achava que no passado deviam ter escolhido viver encastelados para se defender de inimigos.

²⁷ Ortiz também recorreu ao argumento do perigo da idolatria.

O franciscano Bernardino de Sahagún entregou, em 1577, sua grandiosa *Historia general de las cosas de Nueva España*, a qual continha depoimentos de anciãos sobre o primeiro ataque da varíola no cerco e conquista de México. A praga de cocoliztli já havia dizimado a maioria dos colaboradores nativos que fixavam as falas dos velhos em náuatle. Na coluna de texto ao lado, em castelhano, se traduziu essa pandemia como “muerte pegajosa”. Robert McCaa (1995, p. 414) destaca a versão dos editores: “pegajosa [alastrante] doença”.²⁸ McCaa realça que o verbo pegar fazia tempo que no mundo ibérico referia-se à propagação de ideias, vícios, costumes, troças, mas também, indicava o imaginário do contágio das enfermidades.

Das interações entre brasis e jesuítas há relatos envolvendo tensões, rebeliões e fugas dos aldeamentos. Os soldados de Cristo foram acusados pelos tupis de feitiço nos ataques da varíola, enquanto os missionários viram causas ambientais e a punição divina aos gentios (ANZOLIN, 2015). Mas nesse quadro, há um sentido de transmissão da enfermidade nas interações entre os povos.

A tradição muçulmana e católica via o cabimento do contágio, mas não importava tanto a descrição médica, e sim, “quem seria descrito como contagioso e por quê” (STEARNS, 2001, p. 65). O projeto missionário da república dos índios da Nova Espanha, uma sociedade separada das outras “castas”, tinha o propósito de impedir a entrada dos males que vinham de fora, como os supostos maus costumes do negro. Sendo que entre as pestilências mais graves estava a embriaguês pelas venenosas bebidas dos espanhóis ou pelo pulque mais forte preparado e vendido por mestiços e ladinos.²⁹

A peste da servidão não se colocava apenas como metáfora. Recupero de frei Pravia que o oposto dos índios “hombres libres y inocentes”, os “negros esclavos” são poupados do trabalho nas

²⁸ Versão em inglês: “the sticky [spreading] disease”.

²⁹ Os indígenas que aprendiam o castelhano e se envolviam com a sociedade mais ampla eram chamados de ladinos, na ideia de serem espertos, vagabundos, maliciosos.

minas para que “no se les engrassen” (MANUSCRITOS, 2007, p. 344). A graxa identifica a sujeira que impregna o corpo na extração e beneficiamento dos metais, uma visão de pestilência que parece responder à evidente insalubridade desses lugares em qualquer temporalidade.

Tomo mais uma passagem da crônica de Mendieta contra o trabalho dos índios nas minas: “unos quedan allá muertos, y los que vuelven a sus casas vienen tan alacranados, que pegan la pestilencia que traen a otros, y así va cundiendo de mano en mano” (p. 207). Ou seja, a enfermidade pegajosa teria o brote no garimpo chegando depois às comunidades.

Havia a percepção do erro das aglomerações. Em 1592, cerca de três anos antes de Mendieta entregar sua crônica, outro frade escrevia uma história de exaltação da vida e obra de eminentes missionários, no caso, da ordem dos predicadores. Naquele momento, mais uma “peste de viruelas” veio acossar as crianças no pueblo onde o frade vivia. Afortunadamente, o mal arrefeceu devido à forte devoção dos pequeninos em magna procissão (DÁVILA PADILLA, 1625, p. 100-101). O dominicano argumenta, mesmo assim, pelo inexorável aniquilamento dos índios.

Cumpria-se na Nova Espanha o que havia sucedido na ilha Española e outras. Os segredos de Deus estavam na profecia do santo homem Domingo de Betanzos, do qual Dávila era discípulo. O iluminado Betanzos teria dito que muito antes do fim das eras, os naturais terão acabado. Logo nem se teria ideia da cor da pele do índio. Tanto é verdade que “casi siempre ay en toda la tierra enfermedades agudas que van picando y llevando gente, suelen venir algunas pestes generales que los acaban muy por junto”. A profecia “se va cumpliendo con mas priessa que quisieran los encomenderos (...) a quien los indios tributan” (p. 110).

Para sustentar o sentido místico do desastre, Dávila realça as falhas da filosofia natural. “Cosa maravillosa”, apesar do ciclo das estações, as enfermidades nunca mudam com os índios. Aliás, por “ser de peste” também “con facilidad suele pegarse”. Porém, só “por maravilla se pega a españoles” e “si alguna vez se les pega, no es mortal como en los

índios”. Até os mais doutos médicos “nunca aciertan a curar en estas pestes”. Quer troquem as medicinas, quer tirem ou não o sangue ruim, os índios sempre acabam falecendo (p.101).³⁰

O dominicano contestou os entendimentos da filosofia da natureza, embora tenha concebido o erro de juntar os índios em novas vilas, contraditoriamente se apoiando no saber médico:

Este año se ha puesto en platica una traca del bien de los indios, que podrá redundar en su mal (...). Muy bueno es el intento, y sanos los deseos, pero (...) como la peste se los lleve mas apiñados y juntos cuando los tocare, faltandoles el ayre fresco, y el resuello que tenian en sus caserías (p. 102).

Note-se a explicação ao mesmo tempo “ambientalista” e “contagionista” para demarcar o lugar dos missionários mendicantes no contraponto ao projeto de pueblos organizados pelo governo civil em aliança com o arcebispado, projeto que se conhece como as *congregaciones civiles*.

De outra feita, a política de amplos setores laicos e eclesiásticos por fomentar os hospitais e enfermarias quisera amenizar a situação dos indígenas. A tradição medieval caritativa de recolhimento dos necessitados casou com o projeto humanista de instituição para o isolamento e cuidado dos enfermos. Os estabelecimentos tiveram claro intuito de contribuir para a evangelização. Espaços de piedade e compaixão aos “pobres e miseráveis”, bem como um lugar para o reposicionamento social de ajudantes nativos. Os sacramentos se davam em seus recintos e havia o ingresso de curandeiros adaptáveis à medicina escolástica.

Mas a prática de segregar os infectados tivera pouca eficácia em proteger os saudáveis. Como pondera Guenter Risse (2000, p. 68), foi insignificante o número de indivíduos que usufruíram de

³⁰ Os médicos na Nova Espanha também se rendiam aos mistérios, como se nota no relato clínico do cocoliztli de 1576 pelo espanhol Alonso López de Hinojosos (1977, p. 207-210), que após enviivar entrou na Companhia de Jesus.

atendimento especial comparado com os “efeitos de congregar o povo nativo em vilas e cidades e promovendo assim mais contágio”.

Se no discurso de Dávila é observado o mal das aglomerações, em Mendieta o raciocínio foi outro. Na sua história das epidemias estabeleceu que “los indios no huyen de poblado em tiempo de pestilencia, como lo hacen otras naciones, que se van a las granjas y lugares campesinos”. Mas não reagem assim por “bestialidad o pereza”, como pensam os que julgam mal qualquer coisa que venha deles. Está tudo certo, primeiro porque não querem alongar a vida “como nosotros”. Mendieta (1997, p. 201) conta a história de um frade em Jalisco, o qual juntou toda a freguesia na capela recomendando “que cada uno se ausentase a sus heredades”³¹ até que passasse a enfermidade. Porém, “cacique y principales” responderam que seu destino estava nas mãos de Deus, e, “si él queria que muriesen, tan bien morirían en las heredades, como dentro del pueblo”. Porventura, melhor morrer no pueblo, pois seriam enterrados na igreja e não como bestas no campo.³²

Tal como nos tratados da peste de grandes autoridades eclesiásticas na Espanha, o missionário havia interposto uma razão teológica acima de qualquer dispositivo médico, e isto era condizente com a obrigação da caridade e do sacramento para a boa morte.

Se Dávila Padilla furtivamente contestou as congregaciones, aquelas da administração civil, Gerónimo de Mendieta acusou abertamente a empresa mineira de gerar e espalhar as enfermidades.

³¹ As “heredades” são os ranchos e cultivos distantes da moradia.

³² Muitos missionários fomentaram a visão de um *genus angelicum*, um povo de virtudes excelsas como a paciência, a qual combinava com o princípio da resignação aos desígnios de Deus.

Conclusão (anticlímax)

Procurei os interesses de facções missionárias em seus pareceres clínicos sobre as pestes e mortandades dos chamados índios ou naturais. Fiz o cotejo de algumas declarações que tinham a intenção de atingir inimigos e adversários, mostrando também que os clérigos mendicantes tiveram respostas ofensivas dos outros. Mas é importante esquivar-se do raciocínio de que tudo se resume ao jogo do poder, às intrigas e favores corporativos, grupais e pessoais pela manipulação de crenças e saberes.

Os clérigos escreviam com clareza. Aliás, a arte da retórica, naqueles idos, significava manejar os artifícios da linguagem para convencer pela verdade. Não que isso seja prova dos fatos, mas como o protesto foi orquestrado pelos maiores aliados estrangeiros dos coletivos indígenas, devem ter acertado em denunciar os piores trâmites e práticas de teor escravista.

Penso, ademais, que havia uma disposição sincera de muitos atores sociais por compreender as causas das enfermidades que atingiam com força os corpos indígenas, no intuito de realmente prevenir as infecções, curar os adoentados e aliviar as dores dos agonizantes. Isto fizeram várias curas monges ou sacerdotes, que apesar de muitas vezes terem perseguido os curandeiros preocupados com o mesmo problema, desdobravam-se como médicos nas comunidades.

A política dos missionários pode atrapalhar o historiador no julgamento da veracidade de declarações e informações apelativas que estão dispostas nos documentos. Ainda assim, esse discurso contribui para uma visão compreensiva da crise demográfica da América indígena no início da dominação europeia.

E por que não, serve para pensar a ressurgência do motivo das epidemias em detalhes como o perigo das aglomerações, tão difíceis de se evitar. Enfim, os relatos do distante contexto podem ilustrar a forte relação entre as epidemias e as estruturas sociais e regimes políticos. Os mais vulneráveis às doenças são os

trabalhadores e famílias mais explorados e as populações mais pobres e marginalizadas.

Referências

AGUIRRE, Rodolfo. El clero de Nueva España y las congregaciones de indios: de la evangelización inicial al III Concilio Provincial mexicano de 1585. **Revista Complutense de Historia de América**. v. 39 Madri 2013. p.129-152

ALCHON, Suzanne. **A Pest in the Land: New World Epidemics in a Global Perspective**. Albuquerque, N.M.: University of New Mexico Press, 2003.

ANZOLIN, André S. Entre mortes e lembranças: notas sobre as reações dos Tupi à pandemia de varíola de 1562-64. **Revista Latino-Americana de História**. v. 3 São Leopoldo 2015, p.21-36

AZEREDO, Pedro de. **Alivio de pestilencia, e otros males, y reprehension de astrologia judiciaria**. Sevilla: Casa de Alonso Escrivano, 1570.

BACCI, Massimo L. **Los estragos de la conquista: quebranto y declive de los indios de América**. Barcelona: Crítica, 2006.

BROOKS, Francis J. Revising the Conquest of Mexico: smallpox, sources, and populations. **The Journal of Interdisciplinary History**. v. 24 n. 1 Cambridge, Ma. 1993, p.1-29

CARRILLO CÁCERES, Alberto. Estudio introductorio. In: **MANUSCRITOS del Concilio Tercero Provincial Mexicano (1585)**. 1º tomo, vol. I. Zamora, Mich.: El Colegio de Michoacán; Universidad Pontificia de México, 2006, p.XI-LXXXIII

CERVANTES DE SALAZAR, Francisco. **Crónica de la Nueva España [1575]**. Madri: Ediciones Atlas, 1971.

CIRUELO, Pedro de. **Hexameron theologal sobre el regimiento medicinal contra la pestilencia**. Alcala de Henares: por Arnao Guillem de Brocar, 1519.

COHN Jr., Samuel K. **Cultures of plague: medical thinking at the end of the Renaissance**. Oxford: Oxford University Press, 2010.

COOK, Noble D. **Born to die: disease and New World conquest, 1492-1650**. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

CROSBY, Alfred W. Virgin soil epidemias as a factor in the Aboriginal depopulation in America. **The William and Mary Quarterly**. v. 22, n. 2 Williamsburg 1976, p.289-299

CUNNILL, Caroline. El indio miserable: nacimiento de la teoría legal en la América colonial del siglo XVI. **Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe**. v. 8/9 San Jose 2011, p.229-248

DÁVILA PADILLA, Agustín. **Historia de la fundación y discurso de la provincia de Santiago de México de la orden de predicadores**. Bruselas: Casa de I. de Meerbeque, 1625.

FARFÁN, Agustín de. **Tratado breve de medicina y de todas las enfermedades**. México: Empronta de Geronymo Balli, 1610.

FIELDS, Sherry. **Pestilence and headcolds: encountering illness in Colonial Mexico**. New York: Columbia University Press, 2008.

FISHER, Andrew B.; O'HARA, Matthew (eds.). **Imperial subjects: Race and identity in colonial Latin America**. Durham: Duke University Press, 2009.

FLORESCANO, Enrique; MALVIDO, Elsa (eds.). **Ensayos sobre la historia de las epidemias en México**. Tomo I. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1992.

GIBSON, Charles. **Los aztecas bajo el dominio español, 1519-1810**. México: Siglo Veintiuno, 1967.

GUAMAN POMA de Ayala, Felipe. **El Primer Nueva Corónica y Buen Gobierno [1613]**. Copenhagen: Museum Tusculanum Press, University of Copenhagen, 2002.

HAYS, J. N. **The burdens of disease: epidemics and human response in Western history, revised edition**. New Brunswick: Rutgers University Press, 2009.

JIMÉNEZ ABOLLADO, Francisco L. Sobre la conveniencia o no de establecer congregaciones de indios en los reales de minas. **Relaciones**. n.133 México 2013, p.143-166

JONES, David S. **Racionalizing epidemics: meanings and uses of American Indian mortality since 1600**. Cambridge: Harvard University Press, 2004.

JORDÁN ARROYO, María V. **Entre la vigilia y el sueño: soñar en el Siglo de Oro**. Madrid: Iberoamericana, 2017.

KONETZKE, Richard. **Colección de documentos para la historia de la formación social de Hispanoamérica**. Vol. II (1593-1659). Madrid: CSIC, 1958.

LAS CASAS, Bartolomé de las. **Brevisima relación de la destrucción de las Indias** [1542]. Barcelona: Centro para la Edición de los Clásicos Españoles, 2009.

LAS CASAS, Bartolomé de las. **Apologética historia sumaria**. [c. 1553]. Tomo I. Madri: Alianza Editorial, 1992.

LOPEZ de HINOJOSOS, Alonso. **Suma y recopilacion de cirugia**. [1578]. México: Academia Nacional de Medicina, 1977.

MALVIDO, Elsa. La epidemiología, una propuesta para explicar la despoblación americana. In: SANCHEZ-ALBORNOZ, Nicolas (org.). ¿Epidemias o explotaciones? La catástrofe demográfica del Nuevo Mundo. **Revista de Indias**. v. 63, n. 227 Sevilla 2003, p.65-78

MANUSCRITOS. **Manuscritos del Concilio Tercero Provincial Mexicano** (1585). 2º Tomo, Vol. I. Zamora, Mich.: El Colegio de Michoacán; Universidad Pontificia de México, 2007.

MANUSCRITOS. **Manuscritos del Concilio Tercero Provincial Mexicano** (1585). 1º tomo. Vol. I. Zamora, Mich.: El Colegio de Michoacán; Universidad Pontificia de México, 2006.

McCAA, Robert. Spanish and Nahuatl views on smallpox and demographic catastrophe in México. **Journal of Interdisciplinary History**. v. 25, n. 3 Cambridge, Ma. 1995, p.397-431

MENDEIETA, Gerónimo de. **Historia eclesiástica indiana** [1596]. Tomo I. México: Cien de México, 1997.

MOLINA, Alonso de. **Diccionario náhuatl-español**. Edición de Marc Thouvenot. México: Universidad Nacional Autónoma de México; Fideicomiso Felipe Teixidor y Monserrat Alfau de Teixidor, 2016.

MOTOLINIA, Toribio. **El libro perdido. Ensayo de reconstrucción de la obra histórica extraviada de**. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 1989.

NASH, Linda. Beyond the virgin soils: disease as environmental history. In: ISENBERG, Andrew C. (ed.). **The Oxford handbook of environmental history**. Oxford: Oxford University Press, 2014, p.76-107

OÑATE, Alonso de. Parecer de un hombre docto en la Facultad de Teología y Canones... cerca del servicio personal de los indios de Peru y Nueva España, 17/01/1600. **Biblioteca Nacional de España**, Madrid, 11 fs. exp. VE/28/32.

PARECER de los frailes franciscanos sobre repartimientos de indios [1594]. **Boletín del Archivo General de la Nación**. t. IX n. 2 México 1938, p.173-180

PASTRANA FLORES, Miguel. **Historias de la conquista: aspectos de la historiografía de tradición náhuatl**. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2009.

PELLING, Margaret. The meaning of contagion: reproduction, medicine and metaphor. In: BASHFORD, Alison; HOOKER, Claire (eds.). **Contagion: historical and cultural studies**. Nova York: Routledge, 2001, p.15-38

PHELAN, John L. **The millennial kingdom of the Franciscans in the New World**. Berkeley: University of California Press, 1970.

PLEITO. El arzobispo y cabildo eclesiástico de México, contra los indios de esa ciudad, sobre que estos pagasen diezmos del ganado vacuno y de otras cosas [1558]. **Archivo General de Indias**, Sevilla. Legajo Justicia, 158, n. 3, fs.353-802

POOLE, Stafford. **Pedro Moya de Contreras: Catholic Reform and Royal Power in New Spain, 1571-1591**. 2ª edição. Norman: University of Oklahoma Press, 2011.

RECARTE, Gaspar de. Tratado del servicio personal y repartimiento de los indios de Nueva España [1584]. In: CUEVAS, Mariano (ed.). **Documentos inéditos del siglo XVI para la historia de México**. México: Editorial Porrúa, 1975, p.354-385

RELACIÓN de Tetela y Hueyapan. In: ACUÑA, Rene (ed.). **Relaciones geográficas del siglo XVI: México**. Tomo II. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1986, p.257-272

RISSE, Guenter B. Shelter and care for natives and colonists. Hospitals in sixteenth-century New Spain. In: VAREY, Simon et al. (coords.). **Searching for the secrets of nature. The life and works of Dr. Francisco Hernández**. Stanford: Stanford University Press, 2000, p.65-81

RUBIAL GARCÍA, Antonio. Las órdenes mendicantes evangelizadoras en Nueva España y sus cambios estructurales durante los siglos virreinales. In: MARTÍNEZ LÓPEZ-CANO, María del Pilar (coord.). **La Iglesia en Nueva España: problemas y perspectivas de investigación**. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2010, p.215-236

SÁNCHEZ ALBORNOZ, Nicolas. El debate inagotable. In: _____ (org.). **¿Epidemias o explotaciones? La catástrofe demográfica del Nuevo Mundo**. **Revista de Indias**. v. 63, n. 227 Sevilla 2003, p.9-18

SANTER, Melvin. **Confronting contagion: our evolving understanding of disease**. Nova York: Oxford University Press, 2015.

STEARNS, Justin K. **Infectious ideas: contagion in Premodern Islamic and Christian thought in the Western Mediterranean.** Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2001.

SUPER, John C. **Food, conquest, and colonization in Sixteenth-Century Spanish America.** Albuquerque: University of New Mexico Press, 1988.

TRATADOS. **Tratados de la peste.** Edição de María Nieves Sánchez. Madri: Arco, 1993.

VARELLA, Alexandre C. Informantes indígenas do regime. Costume e saúde alimentar nas *Relaciones Geográficas* e na *Historia* de Sahagún. **Revista Eletrônica da ANPHLAC.** n. 26 São Paulo 2019, p.37-74

VARELLA, Alexandre C. Homens viciosos de vivo entendimento: os espanhóis da América como sujeitos de reforma pela dieta no tratado de Juan de Cárdenas (México, 1591). **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais.** v. 9 n. 17 Porto Alegre 2017a, p.91-117

VARELLA, Alexandre C. Os índios: povos ancestrais, sujeitos modernos. In: CANIZARES-ESGUERRA, Jorge et. at. (orgs.). **As Américas na primeira modernidade (1492-1750).** Vol. I. Curitiba: Prismas, 2017b, p.47-102

VIVEROS MALDONADO, Germán. **Hipocratismo en México: siglos XVI al XVII.** México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2007.

WATTS, Sheldon. **Epidemics and history: disease, power and imperialism.** New Haven: Yale University Press, 1997.

A incidência da malária entre os Avá-Guarani Paranaenses como manifestação do neocolonialismo

Clovis Antonio Brighenti

Resumo

Na década de 1980 os Avá-Guarani do *Tekoha Ocoy*, localizados no Oeste do estado do Paraná, fronteira com o Paraguai, foram acometidos por um surto de malária, uma doença até então desconhecida por eles. Os primeiros casos se manifestaram em 1985, porém sem entender o que estava ocorrendo e sem as atenções básicas de saúde, demorou para que fosse diagnosticado como malária. O surto, que se estendeu para os anos 2000, foi provocado pelas águas represadas do lago da Hidrelétrica Itaipu Binacional, formado em outubro de 1982. Esse acontecimento revelou-se trágico para os Guarani, embora não tiveram vítimas fatais provocadas pela doença, ela gerou ondas de revoltas da população regional contra os indígenas, acusando-os de serem os propagadores da doença. As análises de Santos e Meneses bem como as de Aníbal Quijano nos ajudam a compreender que esse acontecimento não está isolado tampouco é parte de um fatalismo, mas resultado do processo de colonialidade ao qual optamos em empregar o conceito de neocolonialismo por perceber que para o pensamento indígena, é a continuidade de um pensamento que se faz presente no território continental desde final do século XV.

Palavras-chaves: Guarani; Malária; Epidemia; Neocolonialismo.

Resumen

En la década de 1980, los Avá-Guarani de *Tekoha Ocoy*, ubicados en el Oeste del estado de Paraná, en la frontera con Paraguay, fueron afectados por un brote de malaria, una enfermedad hasta entonces desconocida para ellos. Los primeros casos aparecieron en 1985, pero sin entender lo que estaba pasando y sin atención básica de salud, se tardó mucho en ser diagnosticados como malaria. El brote, que se prolongó hasta la década del 2000, fue provocado por las aguas represadas de la Central Hidroeléctrica Binacional Itaipú, constituida en octubre de 1982. Este evento resultó trágico para los Guaraníes, aunque no hubo víctimas

fatales por la enfermedad, generó oleadas de revueltas de la población regional contra los indígenas, acusándolos de ser los propagadores de la enfermedad. El análisis de Santos y Meneses así como los de Aníbal Quijano nos ayudan a entender que este evento no es aislado, ni es parte de un fatalismo, sino resultado del proceso de colonialidad al que optamos por emplear el concepto de neocolonialismo. porque nos damos cuenta de que para el pensamiento indígena, es la continuidad de un pensamiento que ha estado presente en territorio continental desde fines del siglo XV.

Palabras-claves: Guaraní; Paludismo; Epidemia; Neocolonialismo.

Introdução

Na década de 1980 os Avá-Guarani do *Tekoha Ocoy*, localizados no município de São Miguel do Iguaçu, região Oeste do Paraná, foram acometidos por uma epidemia de malária. A existência de malária no Brasil não é novidade, porém, entre os Guarani e naquela região sim, porque esse povo vive numa região subtropical sem incidência desse tipo de enfermidade. Em outras regiões do planeta a malária tem se manifestado com altas taxas de mortalidade. Somente em 2019 morreram 405 mil pessoas de malária de um total de 228 milhões de infectados, em especial na África Subsaariana (OMS, 2019). Essa doença chegou na América pelo colonialismo, é parte da herança funesta deixada pelas práticas coloniais, como tantas outras enfermidades que eclodiram sobre os povos indígenas e dizimaram a população do continente. As doenças trazidas pelos ibéricos foram as que mais eliminaram indígenas e as que mais se difundiram entre a população nativa. Bastava um indígena contaminado com doença contagiosa para espalhar a enfermidades por centenas de quilômetros. Não havia controle e sequer se sabia exatamente quantas pessoas morreram ou quantas foram infectadas (CUNHA, 1992). Mas esse cenário sombrio não era exclusividade do período colonial. Rubens Valente (2017) pesquisou casos de extermínio de populações indígenas no Brasil na década de 1970 e compilou diversos relatos de sertanistas

que presenciaram aldeias inteiras exterminadas por conta de doenças levadas “sem intenção” pelas equipes de contato e atração da Fundação Nacional do Índio (Funai), órgão do Estado brasileiro. Com ou sem intenção de exterminar, no século XX o Estado brasileiro através de suas agências (Serviço de Proteção aos Índios - 1910-1967 e Fundação Nacional do Índio – 1967...) foram cúmplices (na maioria das vezes os principais responsáveis) de extermínios de povos indígenas. Verdadeiros genocídios, como o que ocorreu com o povo Xokleng Laklãnõ, forçados ao aldeamento criado pelo SPI em 1914 com mais de 400 pessoas, restaram cerca de 130 quinze anos depois, devido às epidemias, dentre ela a gripe espanhola (RIBEIRO, 1970).

É possível afirmar que o caso em análise, da malária entre os Guarani na década de 1980, no Oeste do Paraná, é uma continuação das práticas etnocidas mobilizadas pelas pandemias exógenas à cultura do povo. Além de desconhecida, os Guarani não tinham ideia de antídoto para a mesma, porque como destacou o indígena Dessana (BESSA FREIRE, 2020), para encontrar a cura de uma doença é preciso conhecê-la, conhecer seu nascimento, seu caminho, suas manifestações. É um processo longo e ritualizado, experimentado, com toda a responsabilidade, já que o experimento implica na possibilidade de trazer novamente ao mundo pessoas tomadas pela enfermidade. Os Guarani não conheciam a malária, não sabiam o que era. Augustinho Martinez (2021) recorda que os sintomas da malária foram totalmente estranhos, diferente de qualquer doença que conheciam, ninguém entendia o que estava ocorrendo. A pessoa adoecia, sentia dores insuportáveis no corpo, muita febre e depois de um tempo já estava bem, “podia jogar bola” e seguir a vida, relata Martinez. Quando a doença se tornou endêmica necessitaram de atendimento médico, de medicamentos e tiveram que buscar ajuda externa, dos médicos e dos remédios da sociedade não indígena, já que os Oporaíva (Xamãs) não tinham poderes sobre essa doença, era estranha, muito diferente das “magias” realizados pelo pajé (médico feiticeiro). Os remédios das

plantas tampouco faziam efeito. Era como se o espírito estivesse todo contaminado e possuído por um mal super poderoso.

Aos poucos praticamente toda a comunidade foi possuída. Perceberam que não era uma doença do espírito, porque os vizinhos não indígenas também foram infectados por essa doença. Necessitaram de ajuda externa. A Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) comunicou as lideranças da comunidade que estavam passando por um surto de malária. Era a primeira vez que Martinez escutava esse nome. Ficaram sabendo também pela Sucam que a malária era transmitida por um mosquito, com um nome muito diferente do que eles conheciam, o *Anopheles*. Tudo era estranho, desde o nome do mosquito à doença causada por ele. A pergunta que não calava era de onde veio esse mosquito, porque ele não estava antes ali, quem trouxe para a região, como se prevenir, como evitar a transmissão? Seria motivado por um desvio de conduta do próprio povo que teria desagradado alguma divindade? Logo descobriram que tratava-se de uma ação provocada pela Itaipu Binacional.

De todo modo, para os Ava-guarani as respostas são diversas, mas, nosso propósito é percorrer os caminhos da metodologia histórica e desvendar como a malária introduzida pela Binacional se soma a um conjunto de artifícios do neocolonialismo. Há uma constância na história Guarani, desde o período colonial, que toda epidemia e pandemia que dizimou a população é resultado da ação colonizadora, do sistema colonial em todas suas vertentes, em especial a econômica e religiosa. A Covid-19 é apenas mais uma demonstração de que conjuntamente com uma pandemia/epidemia há uma intervenção do colonialismo.

Para efeitos deste artigo, tomamos o conceito de colonialismo a partir dos registros de Boaventura de Souza Santos e Maria Paula de Meneses, para pensar o neocolonialismo, em sintonia com o conceito de colonialidade do poder de Aníbal Quijano. Propomos neocolonialismo enquanto manifestação contemporânea do capitalismo sobre os povos indígenas. O caso em análise é a atualização do colonialismo ibérico, no contexto dos séculos XX e

XXI, com roupagem nova para o velho corpo funesto. Convém destacar que os tempos para os povos indígenas possuem outros movimentos e expressões, fazendo as ligações entre o sistema colonial com as ações dos Estados nacionais, como se com as independências do século XIX a América estaria “sob nova administração” para a velha prática.

Nossa análise se nutre do pensamento de Aníbal Quijano (2005) no que diz respeito à maneira processual como ocorrem as dominações, a qual ele definiu como colonialidade.

A globalização em curso é, em primeiro lugar, a culminação de um processo que começou com a constituição da América e do capitalismo colonial/moderno e eurocentrado como um novo padrão de poder mundial. Um dos eixos fundamentais desse padrão de poder é a classificação social da população mundial de acordo com a idéia de *raça*, uma construção mental que expressa a experiência básica da dominação colonial e que desde então permeia as dimensões mais importantes do poder mundial, incluindo sua racionalidade específica, o eurocentrismo. Esse eixo tem, portanto, origem e caráter colonial, mas provou ser mais duradouro e estável que o colonialismo em cuja matriz foi estabelecido. Implica, conseqüentemente, num elemento de colonialidade no padrão de poder hoje hegemônico.

Da experiência de Santos e Meneses, colhemos alguns elementos para analisar as práticas do colonialismo, dentre elas a dominação não apenas social e econômica, mas epistêmica. Para esses autores, os saberes indígenas foram objeto de modificação ou eliminação forçada.

O colonialismo, para além de todas as dominações por que é conhecido, foi também uma denominação epistemológica, uma relação extremamente desigual de saber-poder que conduziu à supressão de muitas formas de saber próprias dos povos e nações colonizados, relegando muitos outros saberes para um espaço de subalternidade (SANTOS e MENESES, 2009, p.7).

Esse pensamento é importante porque remete a uma forma de etnocídio, uma prática do colonialismo e neocolonialismo analisada por Pierre Clastres (2004, p.56), que associa a eliminação dos saberes e das práticas do outro como algo necessário e civilizatório: “os outros são maus, mas pode-se melhorá-los obrigando-os a se transformar até que se tornem, se possível, idênticos ao modelo que lhes é proposto, que lhes é imposto”. O ato epistemicida, para o etnocida, é positivo, porque auxilia na superação de um pensamento que ele considera mesquinho e indesejável. Agrega Clastres, na mesma obra, que “a negação etnocida do Outro conduz a uma identificação a si. Poder-se-ia opor o genocídio e o etnocídio como duas formas perversas do pessimismo e do otimismo.” (p.56)

A contribuição de Clastres nos ajuda a entender o processo de violência por que passaram os Guarani no Oeste no Paraná, quando a Itaipu gerou o mal da malária, até então inexistente na região, e, como a população regional responsabilizou os indígenas de serem os vetores de transmissão da enfermidade por suas práticas socioculturais, em especial a mobilidade. O tensionamento com a sociedade regional revelou-se um conflito por memória e história, mais que uma acusação racional, evidenciando que há tensões latentes.

Os autores acima citados, nos ajudam a entender que o caso da epidemia de malária entre os Guarani não for mero acaso ou coincidência, mas algo previsível, não evitado no seu tempo por irresponsabilidade da Itaipu e da Fundação Nacional do Índio (Funai), revelando-se como resultado do processo da colonialidade ou do neocolonialismo.

A região e sua gente

Os Ava-Guarani, ocupavam/ocupam ambas margens do rio Paraná, na região fronteira entre Brasil e Paraguai. Na visão Guarani o rio Paraná era um espetáculo de belo e majestoso. Abaixo das Sete Quedas, formava um canal estreito, profundo e de águas

velozes, mas nada que impedia a pesca, o lazer e o uso do rio como caminho para visitar a parentela em ambas as margens. As crianças Guarani faziam brincadeiras com nado, usando a força das águas. Comentam que precisavam subir caminhando a margem mais de 200 metros para iniciar a travessia, porque essa era a distância que a água carregava a pessoa até atingir a outra margem.

As Sete Quedas formavam uma barreira intransponível para a navegação, por esse motivo o rio foi menos usado pelos colonizadores para adentrar o coração da América do Sul. As melhores opções para os colonizadores adentrar o território central da América do Sul se davam através do rio Paraguai, que desde a separação de ambos em Corrientes (AR) mantinham os cursos paralelos até suas nascentes mantendo ligeiro distanciamento – Paraná para o Nordeste e Paraguai para o Noroeste. Essa formação geológica, associado a floresta ombrófila densa em suas margens garantiu aos Guarani tranquilidade em seu território por muito mais tempo, afinal, o colono preferia lugares mais fáceis de serem explorados, como as áreas de campos nativos. Com esse cenário, a exploração intensiva na região a partir de meados do século XVII (quando são extintas as reduções e vilas espanholas no Guairá), vai ocorrer somente no final do século XIX e início do XX, quando a erva-mate e a madeira adquiriram relevante valor econômico.

Para além da pesca, caminho e lazer, o rio tinha importância singular na vida Guarani. As divindades confiaram nos Guarani a proteção do rio e das Sete Quedas, eles eram os guardiães dessa natureza e responsáveis por manter o equilíbrio entre humanos, ecologia e divindades. As divindades também deixaram aos Guarani alguns sinais para que soubessem o tempo de desenvolver certas atividades, como os deslocamentos, que os Guarani definem como *guata*. Um desses sinais era um ruído muito particular, formado pelo choque das águas com as pedras, denominado *Itaipu* – Ita = Pedra; I = água = Ru = ruído. O ruído tinha destinatário, não era ouvido por todos ao mesmo tempo, apenas para aqueles que deveriam iniciar seus processos de *guata*. Ao ouvi-lo era como se ocorresse um chamamento, às pessoas sabiam que precisavam

reunir seu grupo para fazer sua jornada, sua caminhada, sua migração. Ao usar a palavra Itaipu para nominar a hidrelétrica que destruiu o rio e as Sete Quedas, a Binacional destruiu a memória e se apropriou do ruído, transformou a poesia em pesadelo.

Os pesquisadores sobre o mundo Guarani destacam que uma das principais características desse povo é a mobilidade. Segundo Melià (1989, p. 294) “a migração, como história e como projeto, constitui um traço característico dos guarani”, embora reconheça que muitos grupos nunca tenham realizado uma migração efetiva. Curt Nimuendaju, (1987) e Alfred Métraux (1927) foram os primeiros etnólogos a perceber a importância das migrações para esse povo e destacaram a dimensão religiosa como o elemento propulsor da migração. A percepção desses pesquisadores vinculasse à dimensão destacada acima, associada ao significado de Itaipu, sendo esse ruído o propulsor das migrações. Ouvir Itaipu era a anunciação de novos tempos, bastante esperado pelos Guarani.

Carlos Fausto (1992) destaca que com o colonialismo outros elementos foram incorporados às migrações, como as fugas das violências físicas, epidemias, escravização e maus tratos. Poucos eram os locais de tranquilidade, um deles era justamente às margens do rio Paraná, que como dissemos acima, sua geologia e formação florestal constituía-se como determinante para preservação do território Guarani. Posteriormente, já no final do século XIX início do XX novas pressões intensificaram as migrações Guarani. A guerra contra o Paraguai (1864 a 1870) e as consequências do pós-guerra, significou um esparramo guarani, contexto ainda presente na memória transmitida na oralidade (TOMMASINO, 2001).

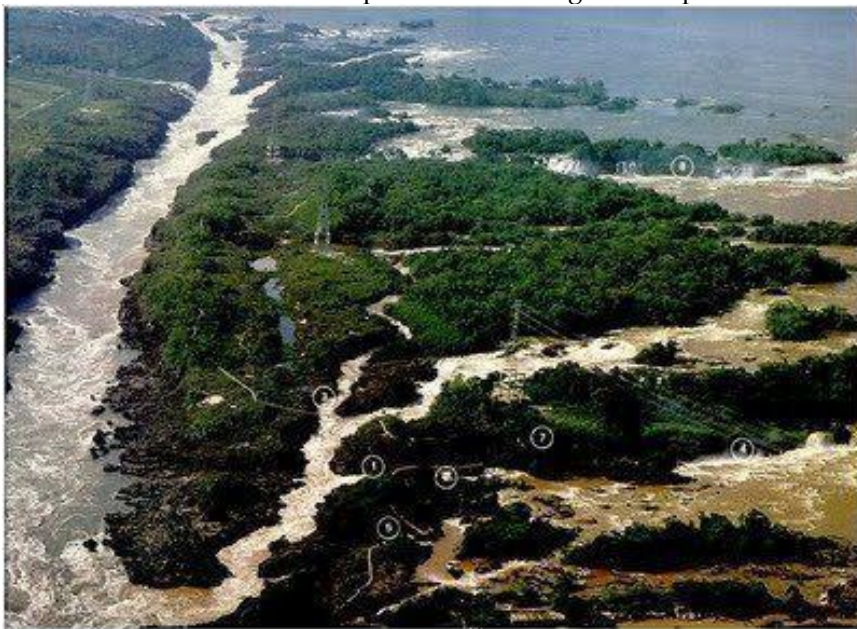
Na década de 1970 o cenário da região foi radicalmente alterado. Os militares no poder queriam obras grandiosas para justificar o golpe de 1964 e encobrir os crimes que estavam praticando contra a população civil. Planejaram e executaram, em conjunto com o governo ditatorial de Alfredo Stroessner, do Paraguai, uma grande hidrelétrica. O represamento do rio destruiu o habitat dos Guarani, em especial as Sete Quedas. Carlos

Drummond de Andrade (1982) disse num poema que “todas as sete foram mortas”, referindo-se às sete quedas, concluiu que “E não soubemos, ah, não soubemos amá-las”, certamente não se referia aos Guarani, porque eles certamente as amaram e fizeram todo o possível para protegê-las.

Os militares, além de destruir o espaço territorial Guarani, se apropriaram do nome sagrado Itaipu para nomear o crime socioambiental por eles cometido. A partir daquele momento ao ouvir a manifestação de Itaipu os Guarani sabiam que precisavam fugir porque a água estava subindo, porque a água não tocou mais apenas nas pedras do leito do rio, mas ela foi em direção contrária, sobre serros, riachos, afugentou e matou milhares de animais, uma fração mínima deles tiveram a sorte de serem resgatados. Cobriu capões e florestas e daquele rio profundo, caudaloso, piscoso e belo, ficou um lago de águas paradas e putrefatas, otimizando o “desenvolvimento de criadouros de *anofelinos*”, o mosquito transmissor da Malária (BÉRTOLI e MOITINHO, 2001). Um inseto até então desconhecido na região apareceu para atacar, não os que planejaram destruir o rio, porque esses estavam protegidos em seus apartamentos e mansões, mas os que não tiveram a “mesma sorte” e, precisaram ficar nas margens do lago.

Pela figura (01) é possível termos uma ideia do que era o rio Paraná antes de seu represamento, na região das Sete Quedas, cerca de 160 km a montante do barramento.

Figura 01 – O rio Paraná nas Sete Quedas, natureza sagrada aos Guarani e barreira natural aos exploradores e energia aos capitalistas



Fonte: <https://br.pinterest.com/pin/330662797616946019/>

Já a figura (02) é uma vista parcial do represamento do riacho Santa Clara, em cujas margens foram assentados os Guarani removidos do Ocoy/Jacutinga que ficava nas margens do rio Paraná, cerca de 25 km de distância. Depois de 35 anos de represamento, em 2018, sacamos uma foto que comprova a existência de uma densa mata nativa represada. Hoje, são troncos submersos que emergem a cada seca, gerando essa deprimente imagem. Por ser um pequeno riacho represado, suas águas quase não se renovam, mantendo-se paradas e propícias à procriação de insetos.

Figura 02 - Vista parcial do lago de Itaipu – junto ao *Tekoha Ocoy* – no período de estiagem de 2018. 35 anos após sua formação.



Fonte: Clovis Brighenti, 2018.

A epidemia

Logo após o enchimento do lago (outubro de 1982), quando a vegetação submersa já não tinha mais folhas e a putrefação estava em adiantado estágio, surgiram os primeiros casos de malária entre os Guarani. Simão Viliálva, membro da comunidade, recorda que ele teria sido a primeira pessoa da aldeia a ser atingida pela enfermidade. Isso teria ocorrido em 1985, três anos após o enchimento do lago. Recorda que não entendeu o que estava ocorrendo com seu corpo, os sintomas não eram de doenças conhecidas pelos Guarani, buscou junto aos sábios da comunidade tratamento para os sintomas específicos, como plantas que ajudassem a amenizar a febre, dores no corpo etc. Segundo ele, o encarregado da Funai que atendia a comunidade desconfiou da

malária, mas teria descartado por não ser região endêmica. Após o diagnóstico da existência de diversos casos, as providências começaram a ser tomadas para atenuar os efeitos. Mas em nenhum momento a Binacional foi acionada para reparar o problema por ela criado e tampouco se responsabilizou pela mudança no ambiente.

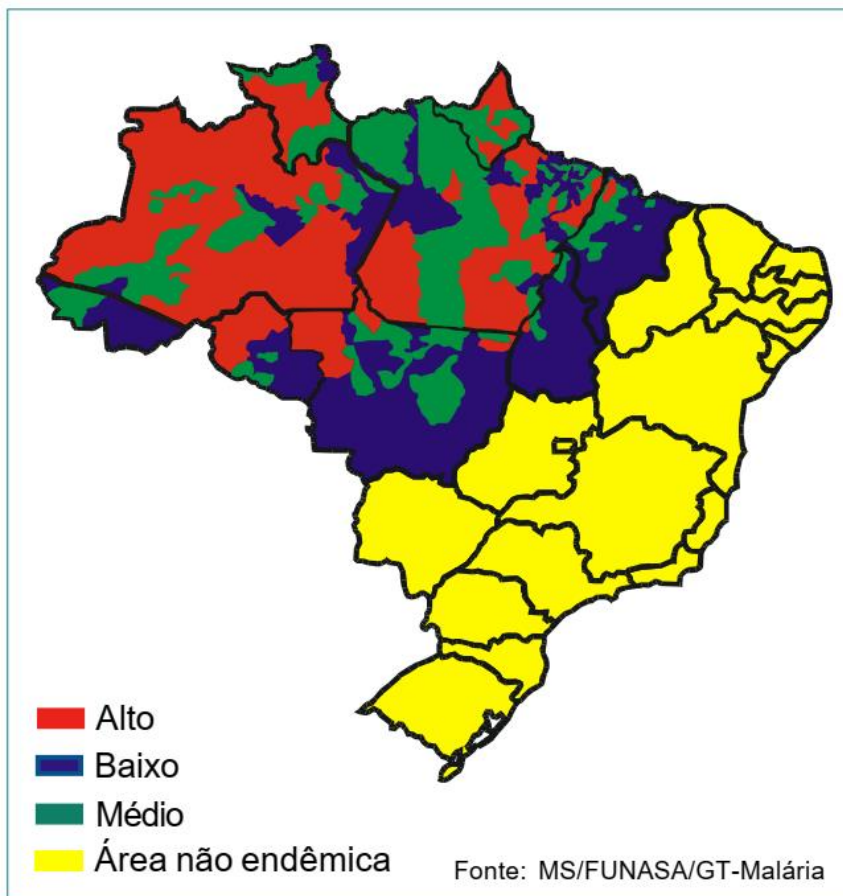
De acordo com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), órgão do Ministério da Saúde (MS), a malária era um problema grave de saúde até meados do século XX, mas com o “desenvolvimento social e econômico” esse contexto teria se alterado.

Até meados do século XX, a malária era uma doença de elevada endemicidade em extensas áreas de todos os continentes. Essa situação tem sofrido modificações significativas em virtude do desenvolvimento social e econômico de muitos países, bem como de ações de controle e erradicação que vêm sendo desenvolvidas (MS/FUNASA, 2019, p.17).

O Oeste do Paraná, ocorreu justamente o inverso da análise do Ministério da Saúde. Ali, a Itaipu que se orgulha de ter trazido o progresso e o desenvolvimento, trouxe consigo a malária, o que caracteriza em partes, a forma como a obra tratou a população regional em especial a população Guarani e a característica do empreendimento, que gerou riquezas para seus investidores e pobreza para os que foram atingidos. Também demonstra o tratamento dado ao meio ambiente, cobrindo grandes extensões de mata nativa e provocando a alteração do clima na região.

A Fundação Nacional da Saúde publicou um mapa do Brasil (figura 03) com as classificações das áreas de risco para a malária” pelo qual todo o Sul, Sudeste, Nordeste e partes do Centro Oeste do país não configuravam como área endêmica. Embora o mapa foi elaborado em 2019 os dados eram relativos a década de 1970.

Figura 03 - Classificação das áreas de risco para malária, Brasil, 1998



Fonte: MS/FUNASA, 1999, p.18.

Observou a Funasa, que mesmo nessas regiões de áreas não endêmicas, persistia o risco: “No estrato de baixo risco, constituído pelas regiões Sudeste, Sul e parte da Centro-Oeste e Nordeste, o potencial malarígeno persiste em virtude da presença de vetor, todavia, a transmissão já foi interrompida” (MS/FUNASA, 2019, p.17).

Em um artigo publicado em 2001 pelas pesquisadoras Marta Bértoli e Maria da Luz Ribeiro Moitinho consta que as condições ecológicas da região amazônica eram mais propícias a proliferação

dessa doença, porque ela “possui características geográficas e ecológicas altamente favoráveis à interação do plasmódio e do anofelino vetor, constituindo-se, portanto, numa área de alto e médio risco de infecção”. Essa mesma situação não se observava em outras regiões como no Paraná, objeto de estudo das pesquisadoras, porque “as condições não são muito favoráveis à interação dos fatores que determinam a endemicidade da malária”. A transmissão ocorre com pouca intensidade, todavia várias áreas estão sujeitas à ocorrência de focos devido à importação de casos daquela região”.

No estudo, as pesquisadoras demonstraram que na década de 1970 havia sido registrado casos de malária no Paraná. Bértoli e Moitinho (2001) observam que casos autóctones, “manifestados na forma de surtos, ocorreram em 1976, 1977 e 1978 predominantemente no litoral Paranaense” em outras regiões do estado, em especial no Noroeste, ao “norte de Guaíra, atingindo sobretudo as ilhas do rio Paraná e o município de Querência do Norte. Ao todo, foram registrados no Paraná, em 1976, 1977 e 1978, respectivamente 150, 296 e 413 casos autóctones. Nenhum deles nos municípios de influência da Itaipu, onde seria formado o lago na década seguintes” (BÉRTOLI e MOITINHO, 2001). A partir de 1982, com o lago de Itaipu formado, a situação se alterou por completo.

A partir de 1986, os casos de malária no Paraná concentraram-se na região de influência do lago de Itaipu, tendo a doença adquirido, em 1988 e 1989, o caráter de um surto, registrando-se, nessa ocasião, respectivamente 303 e 1.071 casos, os quais atingiram principalmente os municípios de Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu, Santa Terezinha do Itaipu e Santa Helena. O número de casos decresceu, a partir de 1990, devido principalmente a um trabalho intensivo de borrifação intradomiciliar, empreendido pela Fundação Nacional de Saúde (BÉRTOLI e MOITINHO, 2001).

A partir de 1986 os casos detectados entre os Guaraní já são pandêmicos. Segundo as pesquisadoras acima citadas, em 1995, ocorreu um novo e discreto surto na região afetada pela Itaipu, mas

desta vez praticamente não atingiu a comunidade Guarani do Ocoy. De 1994 a 1999, foram 8 casos registrados no município de São Miguel do Iguçu, local onde encontra-se a referida Terra Indígena. Porém, a partir dos anos 2000 os casos voltam a aparecer. Em 2001 a Funasa registrou 37 casos entre os Guarani (AGÊNCIA ESTADO, 2002), demonstrando que não havia sido eliminado o problema.

Os guarani afetados

Em 1989 a equipe de trabalho do Conselho Indigenista Missionário (Cimi), que atuava junto a comunidade Guarani do Ocoy, constatou que “de janeiro à julho de 1989, numa população total de 182 pessoas 92 contraíram malária: 51% da população” (CIMI, 1990). Concomitante a malária a equipe do Cimi registrou também que a gripe assolou a comunidade, quando 50% da população ficou acometida. As condições sanitárias não eram nada favoráveis à comunidade, sem saneamento básico e tendo que beber água contaminada com veneno das lavouras vizinhas, 42% apresentou diarreia e 32% tiveram problemas de escabiose e dermatose (CIMI, 1990).

Para entendermos o conjunto de doenças que naquela ocasião afetava a comunidade Guarani, é importante uma breve descrição das características geográficas (e porque não geomorfológicas) da área, bem como do impacto gerado pelo represamento no “mundo” Guarani. A terra Ocoy, reservada inicialmente em junho de 1982, antes da formação do lago de Itaipu, apresentava uma expressiva cobertura vegetal nativa, a Mata Atlântica (no caso da região composta pela Floresta Estacional Semidecidual) a qual atendia as demandas parciais dos Guarani, cobrindo ambas margens do riacho formando um belo espaço preservado. Ocorre que a noção do que seria um represamento e como ficaria a área pós represa estava na imaginação dos técnicos da Funai e Itaipu, mas para os Guarani era algo inimaginável. Quatro meses após a mudança e com o lago foi formado, a água cobriu quase toda a vegetação

nativa, restando aos Guarani a faixa de proteção ou Área de Preservação Permanente (APP) que o lago deveria manter em todo seu perímetro. Os Guarani ficaram sufocados numa pequena faixa de terra formada por cerca de sete (7) quilômetros de comprimento por 200 metros de largura entre o lago e as lavouras mecanizadas do agronegócio. Todo veneno e restos de produtos químicos aplicados nas lavouras bem como desejos de animais e aves escorrem pela aldeia para chegar ao lago. No centro, um lago de águas paradas e esverdeadas, impróprio para lazer, pesca ou outra atividade, muito distante do que fora o rio Paraná. A situação era propícia à proliferação de diversos tipos de doenças.

Figura 04 – Terra Indígena Ocoy e sua localização entre o lago e as lavouras



Fonte: O autor, com base em imagens públicas do Google Earth. Outubro de 2020.

O atendimento à saúde da comunidade era extremamente precário, como podemos verificar no relato da equipe do Cimi.

Na vila de Santa Rosa, próxima à aldeia, reside o enfermeiro (?) da Funai [citam o nome] (a comunidade nunca aceitou funcionários da FUNAI residindo na aldeia).

[enfermeiro] só tem ido à aldeia quando ameaçado pelos Guarani (muitas vezes nem assim). Alega falta de recursos. Muito raramente, leva sementes à algumas famílias.

Em caso bem esporádico, depois de muita pressão dos Guarani, remove pessoas doentes para Curitiba, para tratamento (CIMI, 1990).

À época o atendimento à saúde indígena era de responsabilidade da Funai. Apenas em 1991, no mandato do presidente da república Fernando Collor de Mello (Decreto 23/1991)¹, a gestão do atendimento à saúde indígena foi transferida para o Ministério da Saúde, que, em 1999, passou a responsabilidade da gestão para a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e em 2010 foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) a partir de um grande apelo e ações do movimento indígena brasileiro.

Em 1988, para atender a comunidade Guarani a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) foi acionada. Na avaliação da equipe do Cimi, a Sucam fez um bom trabalho no combate e prevenção à Malária. No relatório de 1990 consta que a Sucam atendia aos Guarani e estes estavam satisfeitos com o atendimento: “A Sucam mantém um funcionário [nome], residindo também na vila de Santa Rosa do Ocoi. [Ele] tem dado assistência constante ao Guarani. Por isso mesmo os Guarani têm por ele grande apreço” (CIMI, 1990).

Quadro 01 – População Ava-Guarani do Ocoy em 1990 por idade e sexo

Faixa etária	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Menores de 01 ano	04	04	08

¹ “Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº 23 transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base da organização dos serviços de saúde” (BRASIL, 2002, p.08)

De 01 a 04 anos e 11 meses	21	29	50
De 05 a 14 anos e 11 meses	29	17	46
De 15 a 24 anos e 11 meses	11	13	24
De 25 a 49 anos e 11 meses	25	15	40
De 50 a 60 anos e 11 meses	02	04	06
De 60 anos ou mais	05	03	08
Total	97	85	182

Fonte: Cimi, 1990.

O quadro 01 apresenta uma população bastante jovem. Das 182 pessoas 104 (57,14%) tinham até 14 anos de idade, bem mais que a metade da população. Ao menos 60 pessoas teriam nascido após a transferência das famílias para a atual terra indígena, fato que indicava um crescimento vegetativo bastante expressivo.

Se de janeiro a julho de 1989, 51% da população contraíram malária, no ano seguinte o quadro diminuiu, foram 44 pessoas (23,3%) de janeiro a agosto, conforme demonstra o quadro 02.

As demais enfermidades, apesar de apresentarem ligeira queda, comparada com o ano anterior, continuavam altas. É possível concluir que as enfermidades não estavam isoladas, mas criavam um campo sinérgico e cumulativo, criando enfraquecimento físico e psíquico nas pessoas. Afinal, a nova terra não era a mesma da área ocupada antes do represamento; o rio não existia mais; a pesca se mostrou inexistente nos primeiros anos; diminuiu também a possibilidade de formação de novos *tekoha kuêra* (aldeias), já que a região mais ocupada pelos Guarani na beira do rio Paraná e seus afluentes estava submersa. As regiões mais afastadas do rio já estavam tomadas pelo agronegócio.

Quadro 02 – Distribuição das doenças mais comuns por faixa etária e por sexo

FICHA PARA TABULAÇÃO DE DADOS POR MORBIDADE

1) Grupo: AVA-GUARANI
2) Aldeia: 0001
3) Ano: 1990 (até Agosto/90)

DISTRIBUIÇÃO DAS DOENÇAS MAIS COMUNS POR FAIXA ETÁRIA E POR SEXO

	FAIXA ETÁRIA E SEXO														TOTAL
	0 a 11 a		1 a 4 a		5 a 14 a		15 a 24 a		25 a 49 a		50 a 69		70 ou mais		
	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	
1) MALÁRIA	-	-	09	04	02	05	04	05	05	06	01	-	-	03	144
2) GRIPE	02	01	15	07	08	12	05	09	05	12	02	02	02	03	85
3) DIARRÉIA	01	01	14	09	03	05	04	01	03	05	-	02	02	02	52
4) CONJUNTIVITE	02	02	11	05	10	14	05	01	02	04	-	02	-	01	59
5) DERMATOSE	-	-	02	02	-	01	02	01	-	-	-	-	01	01	10

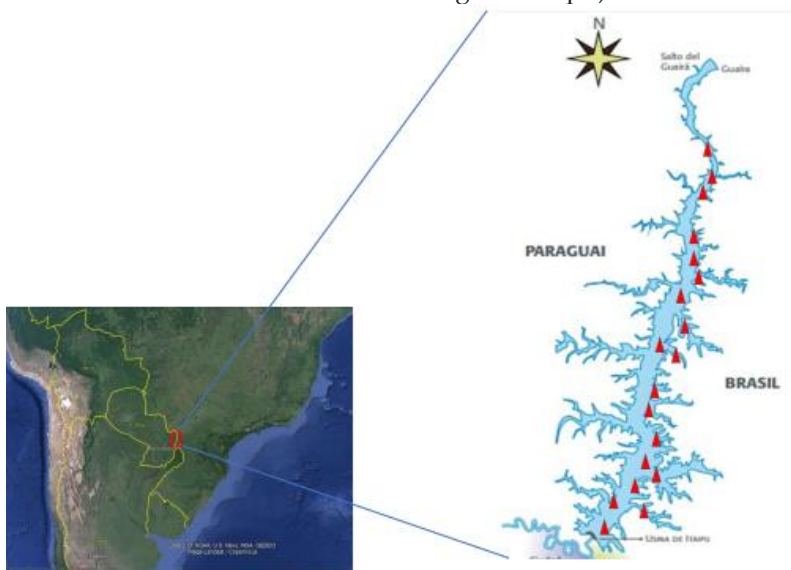
DADOS: CIMI - Equipe São Miguel

Fonte: Cimi, 1990.

No mapa da figura 05 identificamos os 19 *tekoha kuêra* ocupados pelos Guarani nas margens do rio Paraná antes da formação do lago. Desses 19, apenas o Jacutinga foi considerado pela Itaipu e Funai, mas após muita resistência da comunidade.

Para os Guarani, a mudança para o *Tekoha Ocoy* era provisória. No entendimento da comunidade, a aceitação da transferência ocorreu por conta da pressa da Itaipu em fechar as comportas do canal de desvio e encher o lago. Os Guarani entenderam que assim que estivesse concluída essa etapa, a Itaipu iria providenciar uma terra do tamanho da área do Jacutinga (da qual foram removidos), com cerca de 1500 hectares. Porém, o entendimento da Binacional era outro, ela tratou o provisório como permanente e deu por encerrado o tema. A Funai não promoveu estudos antropológicos na região para identificar aldeias existentes, sequer para o Ocoy/Jacutinga foram feitos estudos de identificação e delimitação da terra. O único “estudo” ocorreu com uma visita de campo do antropológico da Funai em um dia apenas.

Figura 05 - Localização dos 19 *tekoha kuêra* alagados pela Itaipu na margem esquerda do rio Paraná (Tekoha: triângulo em vermelho; Mancha azul: lago de Itaipu)



Fonte: Pesquisa e organização autor – 2019.

Acusações e omissões

Em 1981, a narrativa Guarani começou a ganhar espaço na mídia nacional. Na medida em que a Itaipu estava finalizando a obra e grande parte da população não indígena atingida estava sendo ignorada, os olhares mediáticos recaíam sobre a região. Os Guarani, que também não tinham sido atendidos, conseguiram se fazer ouvir. A Funai, pressionada pela Itaipu por uma resposta rápida que não comprometesse o cronograma da obra e os dividendos políticos da maior hidrelétrica do mundo, optou por produzir justificativas para desqualificar a demanda Guarani e porque não, desqualificar os próprios Guarani.

Em meados de 1981, a Assessoria Geral de Estudos e Pesquisas (AGESP) da Funai “enviou o funcionário Célio Horst, de péssima fama entre os povos indígenas do Brasil.” (LUTA INDÍGENA, 1982, p.6) para produzir um laudo antropológico. Horst aplicou os

critérios de indianidade, introduzidos em 1979 pelo Coronel Ivan Zanoni Hausen nos procedimentos técnicos da Funai. Eram critérios de natureza discriminatórios e eugênicos, bastante criticado por antropólogos, juristas e indigenistas da época. Em um dia de visita à área, Horst produziu um laudo. A partir dos critérios de indianidade, conclui que das 11 famílias Guarani que ainda viviam ali, somente 5 seriam “de fato” indígenas, as restantes “não-indígenas ou remanescentes indígenas que não se auto-identificam como sendo indígenas” (HORST, 1981, p. 6).

Como solução, Horst propõe que:

- a) que as famílias identificadas como sendo indígenas possam residir na área Guarani do Pinhal (PI Rio das Cobras), conforme seu próprio desejo.
- b) Que a FUNAI acompanhe o processo de indenização (Lotes n 574, 575, 576, 590 e 592) e que esta importância seja aplicada em benefício das famílias a serem removidas (construção de casas, abertura e preparo de novas roças, etc) (HORST, 1981, p. 7).

Percebe-se que a estratégia adotada pela Funai era a remoção do grupo para uma área distante. A partir de muita pressão os Guarani conseguiram permanecer na região e foram reassentados em escassos 251 ha.

Se para essa comunidade (*Tekoha Ocoy/Jacutinga*) a solução proposta pela Funai e Itaipu foi assentá-los em uma terra minúscula (quando não mais puderam transferi-los para terras de outros povos), para os demais *tekoha kuêra* existentes na região nenhuma medida administrativa foi adotada.

A população que não migrou ou foi transferida para outras regiões, aos poucos foi percebendo no Ocoy uma possibilidade de se reencontrar. Havia também diversas famílias que trabalhavam para agricultores e/ou fazendeiros que também foram se juntando à população, de modo que em pouco tempo a população do Ocoy duplicou.

Devido ao aumento populacional, começaram boatos de que estavam chegando diversas famílias de Paraguai e Argentina. Quando a Malária foi detectada, os Guarani de vítimas passaram a ser acusados de vetores de transmissão. No relatório do Cimi (1990) consta que os colonos queriam a remoção dos Guarani do local por serem eles os responsáveis pela malária.

A FUNAI vem assistindo normalmente a população indígenas através de seu Proposto, residente em Santa Rosa, e dos convênios que mantém com o INAMPs e SUCAM. Somente a Malária tem gerado conflitos na região, visto que os colonos e o Sindicato dos Trabalhadores Rurais entendem que através dos índios que afluíram de várias regiões do Paraguai, está havendo a disseminação da doença. Temem a propagação da doença, e corre o boato de que o mosquito contaminado atua num raio de até 2,5km. Este é um dos motivos pelos quais os colonos querem transferir os índios para outra área." (CIMI, 1990).

De vítimas do processo de violência histórica, acossados pela irresponsabilidade da Funai e Itaipu, assentados nas margens de um lago propício a proliferação do mosquito da malária, são responsabilizados pela transmissão da doença.

Os casos de Malária voltaram a ser registrados no início dos anos 2000, e novamente os Guarani foram acusados de serem os propagadores da doença. Em 17 de maio de 2002, o portal online do jornal Estadão noticiava em manchete a presença da malária: "Malária atinge aldeia Ava-Guarani no Paraná" (AGÊNCIA ESTADO, 2002). Trinta e sete (37) teriam sido os indígenas infectados e diagnosticados pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), sendo que o primeiro caso teria sido registrado em 18 de fevereiro daquele ano. De acordo com a matéria "O número vem chamando atenção porque historicamente a região apresenta sete ou oito casos por ano. Em razão disso, a Funasa instalou um laboratório na secretaria Municipal de Saúde para diagnosticar rapidamente os casos e garantir urgência no tratamento"

(AGÊNCIA ESTADO, 2002). Além dos casos entre os indígenas havia mais seis casos registrados entre a população regional.

Os Guarani são novamente responsabilizados pelos casos de malária: “As autoridades acreditam que a doença foi importada do Paraguai ou Argentina, em razão de os indígenas costumarem circular pelas aldeias dos países vizinhos” (AGÊNCIA ESTADO, 2002). O jornal não informa quais autoridades estariam acusando os Guarani.

Os Guarani não eram e não são as únicas pessoas a circularem pelo Paraguai e Argentina. Com relação ao Paraguai a circulação de não indígenas é muito mais frequente e intensa. Além dos trabalhadores binacionais, que residem em um país e trabalham em outro, há também os “muambeiros” ou “sacoleiros” que fazem uso da ponte da amizade (liga *Ciudad del Este*/PY com Foz do Iguaçu/BR) num comércio intenso e diário de mercadorias; há também os “brasiguaios”, brasileiros que vivem no Paraguai, em especial no campo e cidades menores, que mantêm intenso contato com familiares que vivem na região do Oeste do Paraná; os paraguaios que trabalham na região Oeste do Paraná e cruzam permanentemente a fronteira. Há ainda os contrabandistas, clandestinos, que transportam mercadorias, armas e entorpecentes do país vizinho fazendo uso do lago para travessia. Mas sobre nenhum destes recai a suspeita, muito embora sejam em expressivo número e com mobilidade muito mais intensa que os Guarani. A matéria não especifica se nos países vizinhos estava ocorrendo epidemias ou casos de malária, apenas aventa a possibilidade de ter sido trazida do Paraguai ou Argentina, deixando mais dúvidas sobre o percurso da doença. Incrivelmente a única segurança transmitida pela notícia era de que os Guarani teriam sido os responsáveis por trazer a doença para a região.

Os Guarani são os únicos que habitam as margens do lago de Itaipu, por terem sido assentados justamente na área que deveria ser a Área de Preservação Permanente (APP) do lago. Sendo o lago o foco principal de criação e difusão do mosquito, compreendemos que quanto mais próxima do lago, mais suscetível e vulnerável está

a população. A população não indígena tem a faixa da APP que faz uma barreira natural entre as casas e o lago, o que lhes garante maior segurança e proteção do mosquito.

Os servidores da Funasa e da Vigilância Sanitária têm feito o trabalho de borrifamento de inseticidas, pois a região próxima à aldeia apresenta condições ideais para a proliferação do mosquito *Anopheles*, transmissor da malária. A reserva Ocoí foi criada em 1981, às margens do lago Itaipu. Ali vivem atualmente cerca de 600 índios (AGÊNCIA ESTADO, 2002).

A matéria foi concluída com a frase acima, informando sobre as providências tomadas pelos agentes de saúde, com relação ao borrifamento, mas nenhuma linha a mais esclarecendo a responsabilidade dos Guarani com relação à serem os vetores do transporte internacional do mosquito. Nenhum Guarani foi ouvido e a Itaipu foi isentada de qualquer responsabilidade.

Considerações finais

Em um estudo que publicamos ano passado (BRIGHENTI, 2020) demonstramos que ao longo da História colonial e pós-colonial as pandemias e epidemias estiveram associadas a mudanças abruptas que povos e comunidades indígenas sofreram com o colonialismo. Registramos no artigo que

Los pueblos indígenas no solo son los más afectados por las epidemias, sino también los que sufren los mayores impactos. Dos aspectos justifican esta afirmación: las epidemias son acompañadas/llevadas por los invasores de sus territorios, que desglosan la economía y el modo de vida completo, dejándolos extremadamente vulnerables, desde el punto de vista socioeconómico, como en su dimensión anímica que en el caso de estas sociedades no es una cuestión individual sino colectiva. Se produce un etnocidio, porque en general son los más viejos que mueren, limitando la transmisión de los conocimientos; la segunda

dimensión es la omisión del gobierno, los indígenas son los últimos atendidos por las políticas, y cuando llegan los efectos, ya son abrumadores. (BRIGHENTI, 2020, p.217)

Essa descrição se aplica ao contexto do *Tekoha Ocoy*. Seu território e modo de vida foi totalmente desconfigurado pela colonização que culminou com a criação da represa de Itaipu Binacional. A Binacional foi sem dúvidas a que gerou os mais profundos impactos no modo de vida Guarani porque ela fez o território desaparecer. A Itaipu foi também a geradora da epidemia da Malária. Seu imenso lago de águas paradas mudou radicalmente o ecossistema naquela região e fez proliferar o mosquito transmissor da malária. De acordo com o Boletim Epidemiológico (2019, p.46) “a malária ainda é um problema de saúde pública em todo o mundo, sendo a causa de consideráveis perdas sociais e econômicas das populações sob risco, principalmente daquelas que vivem em condições precárias de habitação e saneamento”.

No caso em análise a população foi exposta às condições precárias de saneamento. Como as condições ecológicas foram radicalmente modificadas, ficaram confinados entre o lago e a lavoura do agronegócio. O mosquito vinha pelo lago e o veneno pela lavoura. Esse contexto não foi avaliado pela Funai e ou Itaipu no momento da transferência da comunidade para essa nova terra. Desejosos que estavam de remover o grupo da beira do rio, não se interessavam em avaliar as condições da nova terra, sequer as avaliações dos problemas cumulativos e sinérgicos que o local oferece. Essa é uma prática do colonialismo, não se importar com os efeitos de seus atos sobre as populações. A mitigação passa a ser uma medida quando os efeitos já são múltiplos e de fato comprovados por inúmeros estudos. Os efeitos futuros são passíveis de serem mensurados previamente, mas preveni-los pode reduzir os lucros, daí evitar que sejam conhecidos pode se tornar uma importante alternativa para o capital.

A ação agravante foi atribuir a responsabilidade pela proliferação do mosquito aos Guarani. Essa é outra característica do colonialismo, culpabilizar as vítimas. Por mais paradoxal que seja, os regionais ao identificarem os indígenas com maior surto da enfermidade não buscaram estabelecer conexões entre as causas e os causadores da moléstia, preferiram o preconceito e o senso comum, aproveitaram o subterfúgio não para pedir providências em sanar o problema gerado pelo colonialismo, mas para imputar responsabilidades as próprias vítimas e pedir seu banimento. Pediram a remoção da comunidade Guarani da região.

Não existia empatia entre sociedade regional com a comunidade Guarani, isso porque no contexto historicamente estabelecido os indígenas eram indesejados na região. Para os regionais, os Guarani eram passado, não podiam continuar existindo, a memória provocada pela presença dessa população não era salutar, evocava e acionava memórias de práticas violentas por parte da colonização, ofuscando a imagem heroica dos “pioneiros” que desejavam que essas lembranças não mais viessem à tona. Tampouco a Itaipu foi responsabilizada pelos crimes cometidos.

Curiosamente, no segundo surto da doença, novamente os Guarani são responsabilizados pela proliferação da doença. A Agência Estado (2002) que noticiou o ocorrido não mencionou o desejo de remoção dos Guarani do local, apenas informou que para os regionais (sujeito indeterminado na notícia) eles, os Guarani, seriam os responsáveis pela transmissão da doença.

Fato semelhante ocorreu no contexto da Pandemia do Coronavírus, quando no mesmo município - São Miguel do Iguazu - onde localiza-se o *Tekoha Ocoy*, em meados de 2020, quarenta e cinco Guarani foram diagnosticados com Covid-19. Todos eram trabalhadores no frigorífico da empresa Lar Cooperativa Industrial, tendo que se deslocar diariamente do *tekoha* para a empresa. A população regional revoltou-se contra os Guarani, acusaram a comunidade de serem os vetores da Covid-19 na região. Foram impedidos de sair da aldeia, independentemente de ter

positivado com a doença, o fato de ser Guarani converteu-se em agentes transmissores da Covid-19. A Cooperativa onde trabalhavam não foi citada pelos regionais como responsável pela transmissão, apenas os Guarani. O fato ganhou tamanha amplitude que nos meses seguintes nenhuma das 10 comunidades Guarani da região permitia a divulgação de dados de pessoas infectadas para não serem objetos de insultos coletivos.

O neocolonialismo se manifesta de forma ampla, contínua e sinérgica sobre os povos indígenas. Rouba seus territórios, inferioriza-os através da ideia de raça, como destaca Quijano (2005) “uma supostamente distinta estrutura biológica que situava a uns em situação natural de inferioridade em relação a outros”, posteriormente nega a própria existência e quando são afetados pelas consequências das práticas irresponsáveis do capital, são os Guarani acusados de serem os vetores dos males. Percebe-se disputas intensas, que para além do conflito territorial, há a disputa por memória. A existência, permanência e mobilidade dos Guarani na região é a confirmação de que não se consideram vencidos nem dominados, mas senhores de si e convictos de que nem o colonialismo, nem o neocolonialismo os deterá.

Referências

AGÊNCIA ESTADO. **Malária atinge aldeia Ava-Guarani no Paraná**. 2002. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,malaria-atinge-aldeia-ava-guarani-no-parana>
Acesso em: 23-11-2021

ANDRADE, Carlos. D. **Adeus a sete quedas**. 1982. Disponível em: <http://www.algumapoesia.com.br/drummond/drummond30.htm>.
Acesso em: 10-11-2021

BÉRTOLI, Marta; RIBEIRO MOITINHO, Maria da Luz. Malária no Estado do Paraná, Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** 34 (1), Fev

2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/F9RS73bc hJRxqLyD6mFGQSh/?lang=pt#>. Acesso em 18-10-2021.

BESSA FREIRE, J. R. (2020). **A cura da doença**: Feliciano Dessana e os Kokama. Disponível em: <http://taquiprati.com.br/cronica/1524-a-cura-da-doenca-feliciano-dessana-e-os-kokama>. Acesso em: 09-06-2020

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRIGHENTI, Siguiendo las huellas del hombre blanco: Pueblos Indígenas, COVID-19 y neocolonialismo en Brasil. In: ACUÑA VILLAVICENCIO, J. K.; SÁNCHEZ OSORIO, E.; GARZA ZEPEDA, M.(coord.) **Cartografías de la pandemia en tiempos de crisis civilizatoria**. Aproximaciones a su entendimiento desde México y América Latina. México: Hipócrates, 2020.

CIMI. **Relatório de atividades da equipe Ocoy**. São Miguel do Iguazu, 1990.

CLASTRES, Pierre. **Arqueologia da violência**. pesquisas de antropologia política. Prefácio de Bento Prado Jr. | Tradução de Paulo Neves. São Paulo: Editora Cosac & Naify [1980], 2004.

CUNHA, Manuela C. da. org. **História dos Índios no Brasil**. São Paulo: Cia da Letra e Secretaria. Municipal da cultura, Fapespe, 1992.

FAUSTO, Carlos. Fragmentos de História e cultura Tupinambá. In: CUNHA, Manuela Carneiro da (Org.). **História dos Índios no Brasil**. São Paulo: FAPESP/SMC/Companhia das Letras, 1992. p.381-396.

LUTA INDÍGENA. **Itaipu & Funai contra os Guarani**. Xanxerê: n.16, 1982.

MARTINEZ, Augustinho. **Depoimento**. Anotações pessoais do autor. *Tekoha Anhetete*, 25 de setembro de 2021.

MÉTRAUX, Alfred. Migrations Historiques des Tupi-guarani. **Journal de la Société des americanistes**, n.s., 19:1-45.1927

MONTOYA, A. R. **Conquista espiritual hecha por los religiosos de la Compañía de Jesús en las provincias del Paraguay, Paraná, Uruguay y Tape**. Madri. (2ª Ed. Bilbao, 1982). f.6r.

MS/FUNASA. **Boletim Epidemiológico**. Vigilância em Saúde no Brasil 2003|2019. Da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais. Brasília. Número Especial. Set. 2019.

NIMUENDAJU UNKEL. **As lendas da criação e destruição do mundo como fundamentos da religião dos Apapocúva-Guarani**. São Paulo: HUCITEC/EDUSP, 1987.

OMS. **Malária contaminou 228 milhões e matou 405 mil pessoas no ano passado**. 2019. Disponível em. <https://news.un.org/pt/story/2019/12/1696561> Acesso em 23-11-2021.

QUIJANO, Anibal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (org). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais**. Perspectivas latino-americanas. Colección Sur Sur, CLACSO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. septiembre 2005. pp.227-278. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/lander/pt/Quijano.tf>. Acesso em 22-11-2021.

RIBEIRO, Darcy. **Os índios e a civilização**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1970.

SANTOS, Boaventura Sousa; MENESES, Maria Paula. (Org.). **Epistemologias do Sul**. Coimbra: Edições Almedina, 2009.

TOMMASINO, Kimiye. **Relatório de identificação e delimitação da Terra Indígena Guarani de Araçáí**. Coordenadora e Antropóloga do Grupo Técnico constituído pela Portaria 928 – 06/09/2000. Brasília/DF. Funai/MJ. 2001

VALENTE, Rubens. **Os fuzis e as flechas**. História de sangue e resistência indígena na ditadura. São Paulo: Companhia das letras, 2017.

VILIALVA, Simão. **Depoimento**. Anotações pessoais do autor. São Miguel do Iguaçu, 20 de outubro de 2021.

PARTE II
Coronavírus entre povos indígenas

Biopolítica de la cuarentena en La Paz y El Alto - Bolivia¹

Víctor Hugo Perales Miranda

Resumen

El presente trabajo se concentra en el análisis de las medidas biopolíticas; específicamente, las ejecutadas por la policía y las fuerzas armadas, aplicadas por en el contexto de la pandemia del coronavirus en la ciudad de El Alto. Para lo cual se evalúan si las medidas de represión estatal tienen relación con la ocurrencia de casos de contagio del COVID-19. El trabajo tiene un enfoque socio-crítico, se emplean técnicas de investigación principalmente cuantitativas, siendo el paso inicial el acopio de base de datos oficiales para posteriormente hacer el análisis de los referidos datos a partir de la aplicación de una prueba estadística no paramétrica; así como de manera complementaria, se aplican técnicas de interpretación a documentos, fotografías y narrativas relacionadas con la represión policial y militar a ciudadanos en el contexto de la primera ola de la pandemia en las ciudades de La Paz y El Alto. Concluyéndose que la aplicación de medidas coercitivas no estuvo en sintonía con las cifras sobre la ocurrencia de casos de contagio del COVID-19, sino obedecieron —por momentos— a fines distintos.

Palabras-claves: COVID-19; Cuarentena; Medidas biopolíticas; La Paz; El Alto.

Resumo

O presente artigo se concentra na análise de medidas biopolíticas; especificamente, as realizadas pela polícia e pelas forças armadas, aplicadas no contexto da pandemia de coronavírus na cidade de El Alto. Para o qual são avaliados se as medidas de repressão do Estado estão relacionadas à ocorrência de casos de contágio da COVID-19. O trabalho tem uma abordagem sócio-crítica, são utilizadas principalmente técnicas de pesquisa quantitativa, sendo a etapa inicial a coleta de bases de dados

¹ Trabajo presentado en el III Congreso Latinoamericano de Historia Indígena. Simposio N° 12: Epidemias y pueblos indígenas desde la Conquista hasta el COVID 19

oficiais para posteriormente analisar os dados supracitados a partir da aplicação de um teste estatístico não paramétrico; assim como de forma complementar, são aplicadas técnicas de interpretação a documentos, fotografias e narrativas relacionadas à repressão policial e militar de cidadãos no contexto da primeira onda da pandemia nas cidades de La Paz e El Alto. Concluindo que a aplicação de medidas coercitivas não estava em sintonia com os números de ocorrência de casos de contágio por COVID-19, mas obedecia —por vezes— a propósitos diferentes.

Palavras-chaves: COVID-19; Quarentena; Medidas biopolíticas; La Paz; El Alto.

Introducción

El presente trabajo se concentra en el análisis de las medidas biopolíticas; específicamente, las ejecutadas por la policía y las fuerzas armadas, aplicadas en el contexto de la pandemia del coronavirus en la ciudad de El Alto. Para lo cual, nuestro lente no enfatiza en el análisis de las restricciones estatales a la interacción social para contener el contagio del coronavirus, sino fundamentalmente en las medidas represivas por parte de la policía y las fuerzas armadas en esta particular circunstancia; para tal efecto, se intenta evaluar si las medidas de represión estatal tienen relación con la ocurrencia de casos de contagio del COVID-19. En cualquiera de los casos se propone una reflexión e interpretación a partir de los datos empleados.

El SARS-CoV-2, virus que propicia la patología del COVID-19, fue detectado en la ciudad de Wuhan, capital de la provincia de Hubei, ciudad de diez millones de habitantes que se encuentra casi al centro del territorio chino. Sobre el mencionado virus se urdieron —y se siguen urdiendo— múltiples conjeturas, entre ellas que se trató de un virus fabricado en un laboratorio; sin embargo, esta hipótesis nunca fue demostrada. Por el contrario, en los primeros meses del 2020, un trabajo realizado por equipo de investigadores del Departamento de Inmunología y Microbiología, del Instituto de Investigación de La Jolla, California, del Instituto de Biología

Evolucionaria de la Universidad de Edimburgo, el Centro para la Infección e Inmunidad de la Escuela Mailman de Salud Pública de la Universidad de Columbia, Nueva York Marie y de otras instituciones de Australia y de Estados Unidos de Norteamérica demostró que el SARS-CoV-2, el séptimo de los coronavirus, es de origen zoonótico, que saltó desde un animal de origen a otro huésped y de allí a los seres humanos (ANDERSEN, RAMBAUT, LIPKIN, HOLMES Y GARRY, 2020).

La afectación —incluso podemos hablar de devastación— de la población andina por los virus, y sus colaterales efectos políticos, no se trata de algo extraño; de hecho, en gran medida, el éxito del puñado de invasores encabezados por Francisco Pizarro, a inicios de la década de 1520, puede atribuirse a un virus: la viruela; que corrió como reguero de pólvora por territorio andino antes que los españoles llegaran a lo que hoy son los territorios de Perú y Bolivia, ocasionando la muerte del inca Huayna Cápac. La muerte de Huayna Cápac originó, a su vez, una cruenta de guerra civil en el incanato entre los hijos del mencionado inca: Huáscar y Atahualpa, como dan cuenta múltiples cronistas como Pedro de Cieza de León, Inca Garcilaso de la Vega y otros como Pedro Pizarro, Cristóbal de Mena o Francisco de Xerez que se encontraron acompañando a Francisco Pizarro en su ingreso a Cajamarca; hecho que fue condición de posibilidad de la referida invasión porque el clima de fragmentación política de la organización incásica la hizo propicia. Además, que la viruela no solo devastó a Huayna Cápac sino a millones de pobladores del incanato, hecho que ha llevado a denominar a la invasión española en una «conquista biológica» y paralelamente en una catástrofe demográfica (COOK, 2010; COOK, 2005; COOK, 2003).

Es muy probable, que en otros pasajes históricos de Bolivia se hayan entremezclado la política y la represión con la pandemia, pero ese no es el propósito de este trabajo, sino más bien concentrarnos en el transecto de la denominada primera ola de la pandemia del COVID-19; misma que se inició entre el 10 de marzo del 2020, cuando se detectaron los primeros casos de contagio de

coronavirus en Bolivia; hasta mediados del mes de agosto de 2020, momento en que se experimentó un declive en el número de contagios. Y en ese contexto, analizar las medidas biopolíticas estatales en territorios de La Paz y en El Alto, mismas que tuvieron un cariz particular con la aplicación de la cuarentena total, conforme lo disponía el Decreto Supremo N° 4199 del 21 de marzo del 2020.

Cabe indicar los resultados de investigación presentados se enmarcan en el trabajo realizado con los estudiantes de los paralelos “A” y “B” de la materia Taller de Investigación Social III de la Carrera de Sociología de la Universidad Pública de El Alto.

Métodos y Materiales

El presente trabajo tiene un enfoque socio-crítico, para tal efecto, se emplean técnicas de investigación principalmente cuantitativas, siendo el paso inicial el acopio de base de datos oficiales para posteriormente hacer el análisis de los referidos datos a partir de la aplicación de la prueba estadística no paramétrica del *chi cuadrado*; así como de manera complementaria, se aplican técnicas de interpretación a documentos, fotografías y narrativas relacionadas con la represión policial y militar a ciudadanos en el contexto de la primera ola de la pandemia en las ciudades de La Paz y El Alto.

Ilustración 1 - Fórmula del Chi Cuadrado

$$\chi^2 = \sum_{t=1}^k \frac{(O_t - E_t)^2}{E_t}$$

χ^2 : Estadístico Chi cuadrado
 O_t : frecuencias observadas
 E_t : frecuencias esperadas

Fuente: Elaboración propia.

La referida prueba no paramétrica será aplicada para analizar la relación entre la ocurrencia de contagios, recuperaciones y defunciones en los distintos municipios de La Paz. A fin de explicar el comportamiento del virus; cosa que debería ser tomada en cuenta al momento de aplicarse medidas de seguridad.

Asimismo, se utilizan las bases de datos estadísticas oficiales disponibles, tales como las publicadas por el Gobierno Autónomo Municipal de La Paz (GAMLP), del Gobierno Autónomo Municipal de El Alto (GAMEA), el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, las compilaciones hemerográficas del Centro de Documentación e Investigación en Bolivia (CEDIB), el Informe defensorial «Salud, derechos humanos y Covid-19 en Bolivia» y algunos datos sobre el seguimiento de los efectos del coronavirus que presenta en gráficos la John Hopkins University, que alberga datos de todos los países del mundo sobre este fenómeno.

Obviamente que estas estadísticas partieron de una falencia tremenda que es la construcción del dato, porque en promedio Bolivia ha tenido alrededor de 360 pruebas diarias, no se trataba de mentiras de los portavoces sino de limitaciones de nuestro sistema de salud pública que solo pudo tener 360 a 365 pruebas en promedio por día en esa primera ola de contagios, y eso ya es un obstáculo, máxime si se comienza a ver que por ejemplo a finales de mayo en China se hizo una campaña en Wuhan, que fue la ciudad donde partió todo este problema, donde se lograron realizar alrededor de 10 millones de pruebas en 10 días (AGENCIA EFE, 2020). En Bolivia, se estaban haciendo en los primeros 73 días de la pandemia alrededor de 28.000 pruebas que es lo que casi se estaba practicando en el Perú por cada día, alrededor de 25.000 pruebas; aunque hay que mencionar que en el Perú se abusaron de las pruebas serológicas rápidas, mismas que no son efectivas para la detección del virus ya que suelen arrojar falsos negativos. Además, que las pruebas que se venían realizando se concentraban en las principales ciudades del país, y dentro de estas, en las zonas céntricas con mejor infraestructura de sanidad.

Una de las limitaciones del trabajo es que la policía no ha puesto a disposición la base de datos de los arrestos que se hicieron en el año 2020 de manera detallada. Es decir, facilitando la labor de identificar en qué macrodistritos, distritos o zonas de La Paz y El Alto se realizaron los arrestos a personas que infringían la cuarentena rígida decretada por el gobierno transitorio de aquel entonces. Si bien, esa información ayudaba en mucho a realizar los procedimientos estadísticos con mayor facilidad, igual consideramos que no es óbice de combinar lo que se dispone con otras técnicas de acopio de datos, así como de análisis cuantitativo y cualitativo para establecer la relación o no entre la ocurrencia de casos de contagios con los arrestos efectuados.

Resultados

Comportamiento del COVID-19 en el departamento de La Paz

Los primeros casos de coronavirus se reportaron el 10 de marzo del 2020, mientras que el pico más alto de la primera ola de contagios fue al ingresarse a los últimos diez días del mes de julio cuando se registraron 1.778 casos (véase Gráfico 1).

Gráfico 1 – Registro de casos nuevos de contagio de COVID-19



Fuente: Elaboración propia a partir de Google (2021).

Al iniciarse la primera ola de contagios, el comportamiento del virus en el departamento de La Paz, visto en clave geográfica, evidencia una mayor cantidad de casos observados en las ciudades de La Paz y El Alto; que valgan verdades son las dos ciudades más pobladas y con mayor densidad demográfica del departamento. Como puede verse de la Tabla N° 1, estas ciudades del departamento de La Paz concentran la mayor cantidad de casos, si bien son las más pobladas del departamento y las que mejor infraestructura de sanidad tienen, la ciudad de La Paz es la que evidencia un mayor número de contagios, pese a que El Alto tiene más habitantes que La Paz; de hecho, La Paz supera por más del doble la cantidad de contagios comparada con El Alto. Por lo que en la toma de decisiones relacionadas al control epidemiológico, naturalmente el énfasis debería estar puesto en la ciudad de La Paz, principalmente en aquellas áreas neurálgicas de dicha ciudad, en la que urgía la necesidad de tener una idea clara en qué zonas, actividades, circunstancias son las que se propaga con mayor insistencia el virus.

Tabla 1 – Registros de casos observados de COVID-19 de los 10 municipios paceños más casos.

Nº	MUNICIPIOS	RECUPERADOS	FALLECIDOS	ACTIVOS	CASOS
1	La Paz	587	107	9.169	9863
2	El Alto	302	76	3.627	4005
3	Viacha	48	1	205	254
4	Pacamaya	26	6	27	59
5	Colquiri	11	5	46	62
6	Caranavi	8	2	45	55
7	Coripata	5	4	19	28

8	Palos Blancos	1	2	17	20
9	Coroico	0	0	21	21
10	Achocalla	5	0	18	23
TOTAL		993	203	13194	14390

Fuente: Elaboración propia a partir del Reporte al 28/07/2020 del Servicio Departamental de Salud de La Paz (2020)

Aplicando el estadístico del *chi cuadrado*, para los efectos de evidenciar qué casos se esperaban en estas circunstancias, en la Tabla N° 2 se pueden observar algunos puntos reveladores, tales como que si bien en La Paz se manifestaban la mayor cantidad de casos de contagio del COVID-19, había menos casos de recuperados pero también menos fallecimientos de lo esperado; mientras que en El Alto, había más recuperados de lo esperado pero también más fallecidos; en Viacha, las cifras fueron más positivas, se observaron más recuperados de lo esperado y menos fallecidos también.

Tabla 2 - Registros de casos esperados de COVID-19 de los 10 municipios paceños más casos.

Nº	MUNICIPIOS	RECUPERADOS	FALLECIDOS	ACTIVOS	CASOS
1	La Paz	680,61	139,14	9.043,25	9.863
2	El Alto	276,37	56,50	3.672,13	4.005
3	Viacha	17,53	3,58	232,89	254
4	Pacamaya	4,07	0,83	54,10	59
5	Colquiri	4,28	0,87	56,85	62
6	Caranavi	3,80	0,78	50,43	55

7	Coripata	1,93	0,39	25,67	28
8	Palos Blancos	1,38	0,28	18,34	20
9	Coroico	1,45	0,30	19,25	21
10	Achocalla	1,59	0,32	21,09	23
	TOTAL	993	203	13.194	14.390

Fuente: Elaboración propia a partir del Reporte al 28/07/2020 del Servicio Departamental de Salud de La Paz (2020).

Por lo que, tal como se aprecia de las tablas N° 3 y N° 4, debe rechazarse la hipótesis nula y admitirse la hipótesis del investigador, que implica señalar que el comportamiento de las variables relacionadas al número de contagio, recuperados y fallecidos tiene relación con el lugar donde los pacientes contagiados se encuentran; es decir, mientras el contagio del COVID-19 se verifica en la ciudad de La Paz, hay mayores probabilidades de recuperarse y no fallecer por el referido contagio del virus.

Tabla 3 - Aplicación de Estadístico Chi Cuadrado

APLICACIÓN DEL ESTADÍSTICO CHI CUADRADO

1	La Paz	12,87	7,42	1,75
2	El Alto	2,38	6,73	0,55
3	Viacha	52,98	1,86	3,34
4	Pacamaya	118,11	32,09	13,57
5	Colquiri	10,56	19,46	2,07
6	Caranavi	4,66	1,93	0,58
7	Coripata	4,87	32,90	1,73
8	Palos Blancos	0,10	10,46	0,10
9	Coroico	1,45	0,30	0,16
10	Achocalla	7,34	0,32	0,45
CHI CUADRADO				353,10

Fuente: Elaboración propia a partir del Reporte al 28/07/2020 del Servicio Departamental de Salud de La Paz (2020)

Tabla 4 - Resultados de la aplicación de prueba del Chi Cuadrado

RESULTADOS DE PRUEBA DEL CHI CUADRADO

Chi cuadrado	353,10
Grados de libertad	18
α -Alfa	0,05
Valor Crítico	28,87

Fuente: Elaboración propia a partir del Reporte al 28/07/2020 del SEDES La Paz (2020).

Dentro de las mismas estadísticas del SEDES La Paz, lo que se vio con mucha preocupación fue que de los 14.618 de los contagiados detectados del departamento, el 20,95% son policías, militares y personal de salud, hasta el 28 de julio de 2020, es decir que la lucha contra el COVID-19 presentaba a algo más de la quinta parte de contagiados al personal que estaba trabajando en primera línea en esa lucha; del cual el 15,60% eran personal de salud, el 4,68% eran policías y el 0,67% eran militares, relacionándose los resultados de la Tabla N° 5 con los de las tablas precedentes. Quizás falten muchos datos para explicar el fenómeno de los masivos contagios del personal de primera línea, cosa que no solo ha ocurrido en La Paz, ni solo en Bolivia; pero queda claro que el personal de primera línea ha estado más expuesto al contagio.

Tabla 5 - Registro de casos de contagios a personal de primera línea

Grupo primera línea	Número de casos
Personal de salud	2.280
Policías	684
Militares	98
Total	3.062

Fuente: Elaboración propia a partir del Reporte al 28/07/2020 del SEDES La Paz (2020)

Comportamiento del COVID-19 en los municipios de La Paz y El Alto

Habiéndose identificado, en primer lugar, en qué municipios del departamento de La Paz se evidenciaron más casos de contagios del COVID-19, entre otras cosas, pasemos a enfocarnos

en el comportamiento de dichos contagios en los dos municipios en los que se registraron un mayor número de estos casos: La Paz y El Alto.

Tabla 6 - Registro de casos de contagios por Macrodistrito de La Paz y Distrito de El Alto

Lugar	Macrodistrito o distrito	Casos de contagio	%
1	Cotahuma-La Paz	1.803	13,67
2	Sur-La Paz	1.629	12,35
3	Periférica-La Paz	1.617	12,26
4	Max Paredes-La Paz	1.562	11,84
5	San Antonio-La Paz	1.299	9,85
6	Centro-La Paz	1.197	9,08
7	Distrito 1-El Alto	755	5,72
8	Distrito 3-El Alto	634	4,81
9	Distrito 6-El Alto	634	4,81
10	Distrito 4-El Alto	496	3,76
11	Distrito 2-El Alto	417	3,16
12	Distrito 5-El Alto	355	2,69
13	Distrito 8-El Alto	293	2,22
14	Distrito 14-El Alto	91	0,69
15	Mallasa-La Paz	70	0,53
16	Distrito 12-El Alto	52	0,39

17	Distrito 7-El Alto	32	0,24
18	Zongo-La Paz	5	0,04
19	Hampaturi-La Paz	1	0,01
20	Distrito 10-El Alto	1	0,01
21	Distrito 9-El Alto	0	0,00
22	Distrito 11-El Alto	0	0,00
23	Distrito 13-El Alto	0	0,00
24	Por precisar en El Alto	245	1,86
	Total de casos	13.188	100,00

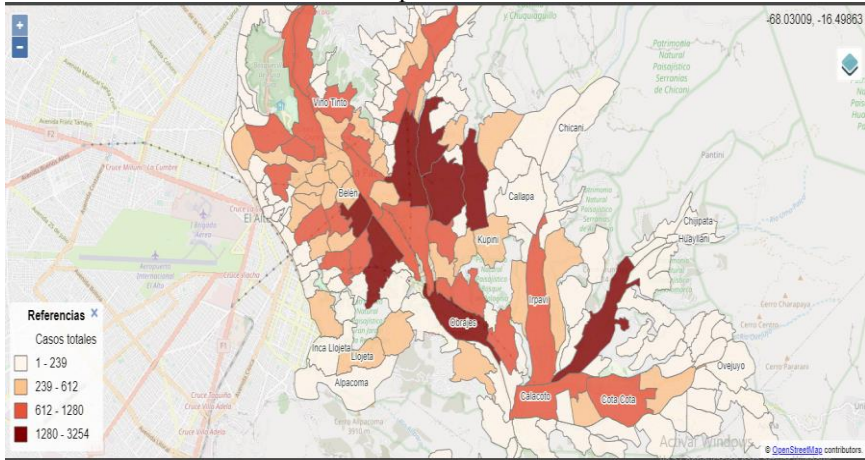
Fuente: Elaboración propia a partir de Reportes al 28/07/2020 de GAMLP (2021a) y GAMEA (2021).

En ese sentido, puede observarse en la Tabla N^o 6 que los seis primeros macrodistritos donde se presentan mayores casos de contagio son del municipio de La Paz, estando en primer lugar el macrodistrito de Cotahuma y en segundo lugar el macrodistrito Sur. Lo primero que puede observarse, teniéndose sobreentendida las características de los macrodistritos y distritos de La Paz y El Alto —pues no abundaremos con mucho detalle al respecto— que en el primer bloque de macrodistritos y distritos que presentan mayores contagios son los lugares más céntricos de ambos municipios; en donde fluye cotidianamente un gran número de personas que en esos lugares desarrollan sus actividades laborales, En los macrodistritos y distritos donde se presentan mayores contagios son precisamente los lugares donde se encuentran instalados oficinas, restaurantes, tiendas comerciales, así como también transitan por las calles un mayor número de personas, siendo el comercio callejero mucho mayor que en otros municipios de La Paz, incluso uno de los de mayor dinamismo en todo el país.

En un segundo bloque, hallamos comprendidos a los distritos y macrodistritos de El Alto y La Paz con un talante periurbano. En donde la aglomeración urbana va creciendo, pero en los que todavía se pueden evidenciar que se yuxtaponen áreas urbanas y rurales; tales como el distrito 7, 8, 12 y 14 de El Alto, y el macrodistrito de Mallasa en La Paz, donde se verifican menos casos de contagios. Mientras que en un tercer bloque, en el que casi desaparecen los registros de contagios, identificamos a los distritos y macrodistritos en los que persisten características rurales, tales como Zongo y Hampaturi en La Paz, mientras que los distritos 9, 10, 11 y 13 en El Alto.

Como puede verse en el Mapa 1, en la ciudad de La Paz, las zonas de color más oscuro representan la mayor ocurrencia de casos, tales como Achumani, Obrajes, Sopocachi, San Pedro, Miraflores, Villa Copacabana, Villa San Antonio y Pampahasi. Precisión que también es necesaria hacerla porque cada macrodistrito o distrito no es homogéneo, sino presenta diversidades culturales y socio-económicas en su interior. De hecho, con esta atingencia, puede develarse que en el macrodistrito de Cotahuma, la zona de Sopocachi es la que presenta una gran cantidad de casos de contagios, cosa que no ocurren en los barrios de la ladera Oeste de La Paz, donde van desapareciendo la evidencia de casos de COVID-19. Lo propio ocurre en la zona Sur, no se trata de todas las zonas, tampoco de una evidencia pareja y simultánea en todas las zonas; sino, se registran mayores casos en Achumani y Obrajes, mientras que Calacoto, Irpavi y Cota Cota presentan menos casos de contagio, en todo caso, hay un comportamiento más morigerado; mientras que en zonas como Ovejuyo se presentan muchos menos casos aún.

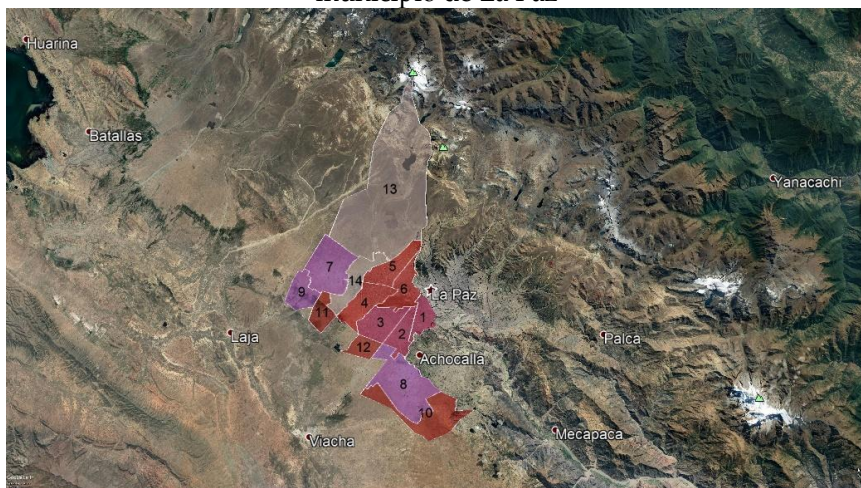
Mapa 1- Intensidad de contagios del COVID-19 en los distritos del municipio de La Paz



Fuente: GAMLP (2021b).

Si contrastamos la Tabla N° 6 con el Mapa 2 podemos evidenciar que el comportamiento de contagios es coincidente con la forma como surgió y fue expandiéndose gradualmente la aglomeración urbana de la ciudad de El Alto (POUPEAU, 2010). Los distritos 1, 3 y 6 que son donde más se registran los mayores casos de contagio son precisamente donde hay un mayor dinamismo económico y comercial, pues en ellos están las zonas 12 de Octubre, Villa Dolores, Ciudad Satélite, Zona 16 de Julio, Ballivián y Villa Adela.

Mapa 2 - Intensidad de contagios del COVID-19 en los distritos del municipio de La Paz



Fuente: Elaboración propia a partir de Google (2021).

Reiteramos que el muestreo en el que se basa el registro de contagiados por el COVID-19 si bien no es óptimo, dado la baja cantidad de pruebas de detección que se practicaron; de todas maneras, es la única base de datos estadísticos asible y de la que deberían derivarse la interpretación del comportamiento de la propagación del COVID-19, a partir del cual deben tomarse decisiones para combatirlo, de lo contrario, solo se atinaría a dar respuestas intuitivas que podrían funcionar o no, desaprovechándose la posibilidad de análisis y comprensión de la propagación de la epidemia a partir de la evidencia que se tiene, así esta tuviese falencias.

Medidas biopolíticas de cuarentena en Bolivia

El 21 de marzo del 2020, el gobierno de la presidenta Jeanine Áñez emite el Decreto Supremo N° 4199 que dispone la *Cuarentena Total* en todo el territorio boliviano, esta medida fue similar a la asumida por su par en el Perú, Martín Vizcarra. Las motivaciones para emitir una medida tan drástica se centraban en el poco

conocimiento que aún se tenía del SARS-CoV-2, las formas cómo se propagaba su contagio, las maneras de tratarlo y la inexistencia de certidumbres en cuanto a su tratamiento. Tardó algún tiempo después en precisarse que la principal forma de transmitirse el contagio del COVID-19 era la propagación de los aerosoles, estudios a partir de los cuales la Organización Mundial de la Salud publicó insistentemente información al respecto (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2020), casi coincidente con el primer estudio que se hiciera en Bolivia sobre el tema (Velarde, Mamani-Paco, & Andrade-Flores, 2020). Por lo que en ese entonces, al desconocerse con certeza la forma de propagación del virus, se optó por tomar medidas que se han asumido con los otros coronavirus, tales como mantener distancia de al menos un metro y medio entre las personas, evitar lugares muy concurridos y eludir en lo posible estar en espacios cerrados; así como el uso de barbijos o mascarillas tapabocas, a los que se sumó paulatinamente evitar exponerse de manera continua en esos lugares.

La medida de cuarentena es una de las formas más antiguas de cómo evitar la propagación de un virus en contextos de pandemia; de hecho Foucault (1977), en una conferencia que hizo en la década de 1970 en Río de Janeiro, hacía una genealogía de la medicalización de la sociedad, disertación en la que dejaba muy claro el papel que habían tenido las cuarentenas para este propósito. En Bolivia, se optó prácticamente por dictar una cuarentena como forma de medicalización de la sociedad, pero además, el control de esta medida se le dio un talante policial y militar para hacer efectiva la consigna «Quédate en casa», que fue la forma más intuitiva de defender a la sociedad boliviana por la que optó el gobierno; en un contexto de desconocimiento del virus, de una fragilidad de infraestructura y equipamiento hospitalario, de un número insuficiente de personal de salud y de la casi marginal e inexistente investigación científica médica en el país.

Ante el peligro de la propagación del virus y la débil situación del sistema de salud para afrontarlo, la consigna de quedarse en

casa se propagó por los medios de comunicación y en cada aparición de los voceros gubernamentales. Más allá de que concurrieran o no la distancia personal, la aglomeración de personas y peor si se trataba en espacios cerrados, las intuiciones de la aplicación normativa, llevaban a la policía y a las fuerzas armadas a impedir que, en lo posible, las personas pusieran un pie fuera de sus hogares en las horas prohibidas.

Esta consigna llevó a la situación que entre el 22 de marzo y el 28 de septiembre de 2020 se registren en todo el territorio boliviano 50.284 personas arrestadas, según el Comando General de la Policía; lo que evidencia que el cumplimiento de la norma de la cuarentena se inclinó por su ejecución coercitiva, es decir, bajo el manto de un ambiente represivo generalizado, descartándose centrarse o priorizar en la persuasión y el convencimiento de la población de dicha necesidad, o de la organización de la población a partir de la estimulación de las capacidades organizativas del tejido social boliviana, que realmente son muy potentes (Defensoría del Pueblo del Estado Plurinacional de Bolivia, 2020, págs. 255-256).

Medidas biopolíticas de cuarentena en La Paz y El Alto

Si bien, no se encontraron disponibles las cifras de la ocurrencia de arrestos a personas desglosándose el lugar donde se efectuó el arresto, una búsqueda en Internet y el empleo de la información que ha brindado el CEDIB en un dossier que está disponible en su portal de Internet, nos ha permitido construir la tabla N° 7, en la que se compilan doce notas periodísticas sobre arrestos a personas en el contexto de la primera ola de la pandemia, en las ciudades de La Paz y El Alto.

**Tabla 7 - Registro de notas periodísticas sobre arrestos en
La Paz y El Alto**

<u>Nº</u>	<u>Fecha</u>	<u>Titular de nota periodística</u>	<u>Medio de comunicación</u>	<u>Enlace en Internet</u>
1	17/03/2020	Detienen a más de 60 personas en El Alto por infringir medidas preventivas contra el Covid-19	Urgente.bo	https://urgente.bo/noticia/detienen-m%C3%A1s-de-60-personas-en-el-alto-por-infringir-medidas-preventivas-contr-el-covid-19
2	19/03/2020	Arrestan a 47 personas en El Alto por transgredir normativa para prevenir el COVID-19	Eju.tv	https://eju.tv/2020/03/arrestan-a-47-personas-en-el-alto-por-transgredir-normativa-para-prevenir-el-covid-19/
3	21/03/2020	Al menos 600 arrestados por infracción: Covid-19	Correo del Sur	https://correodelsur.com/seguridad/20200321_al-menos-600-arrestados-por-infraccion-covid-19.html
4	23/03/2020	Arrestan a 144 personas y retienen 63 vehículos por incumplir la cuarentena en La Paz y El Alto	ANF - Agencia de Noticias Fides	https://www.noticiasfides.com/nacional/seguridad/arrestan-a-144-personas-y-retienen-63-vehiculos-por-incumplir-la-cuarentena-en-la-paz-y-el-alto-403979

5	23/03/2020	Coronavirus: en Bolivia 591 personas son arrestadas por oponerse a acatar la cuarentena mientras en el mundo la cifra de muertos asciende a 14.396	Periódico El Deber	https://eldeber.com.bo/pais/coronavirus-en-bolivia-591-personas-son-arrestadas-por-oponerse-a-acatar-la-cuarentena-mientras-en-e_170459
6	23/03/2020	Arrestan a 114 personas en La Paz y El Alto por incumplir la cuarentena	Periódico Los Tiempos	https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200323/arrestan-114-personas-paz-alto-incumplir-cuarentena
7	26/03/2020	En un solo día, Policía registra 1.221 arrestados y 745 vehículos retenidos por incumplir cuarentena	ANF - Agencia de Noticias Fides	https://www.noticiasfides.com/nacional/seguridad/en-un-solo-dia-policia-registra-1221-arrestados-y-745-vehiculos-retenidos-por-incumplir-la-cuarentena-404030
8	26/03/2020	Bolivia: 1.200 arrestados por no acatar orden de cuarentena	Voz de América	https://www.vozdeamerica.com/america-latina/bolivia-policia-arresta-1200-personas-por-no-acatar-orden-de-cuarentena
9	27/03/2020	1.334 personas fueron arrestadas y 434 autos	Diario Página Siete	https://www.paginasiete.bo/seguridad/2020/3/27/1334-personas-fueron-arrestadas-434-autos-retenidos-en-las-ultimas-horas-251008.html

retenidos en las últimas horas

- | | | | | |
|----|------------|---|---------------------|---|
| 10 | 01/05/2020 | Unas 45 personas fueron arrestadas en los disturbios en Senkata y trasladadas a La Paz | Diario La Razón | https://www.la-razon.com/ciudades/2020/05/01/unas-45-personas-fueron-arrestadas-en-los-disturbios-en-senkata/ |
| 11 | 01/05/2020 | Más de 30 personas fueron arrestadas por los hechos violentos en El Alto | Diario Página Siete | https://www.paginasiete.bo/seguridad/2020/5/1/mas-de-30-personas-fueron-arrestadas-por-los-hechos-violentos-en-el-alto-254303.html |
| 12 | 11/05/2020 | Policía reporta 420 arrestados y 179 vehículos retenidos en las últimas 24 horas por incumplir cuarentena | Diario Página Siete | https://www.paginasiete.bo/seguridad/2020/5/11/policia-reporta-420-arrestados-179-vehiculos-retenidos-en-las-ultimas-24-horas-por-incumplir-cuarentena-255254.html |
| 13 | 04/06/2020 | Arrestan a 44 personas en La Paz, Bolivia, por no usar máscaras médicas | Agencia Anadolu | https://www.aa.com.tr/es/mundo/arrestan-a-44-personas-en-la-paz-bolivia-por-no-usar-m%C3%A1scaras-m%C3%A9dicas/1864405 |
| 14 | 07/08/2020 | Bolivia está bloqueada, los manifestantes | New York Times | https://www.nytimes.com/es/2020/08/07/espanol/america-latina/bloqueos-bolivia.html |
-

obstruyen el acceso a las
ciudades

Fuente: Elaboración propia

Si bien en los artículos compilados se suele mencionar a la ciudad de El Alto o La Paz de manera genérica, sin especificar las zonas donde se han efectuado los operativos, las pocas veces que se hacen detalles suelen privilegiar los operativos en la ciudad de El Alto, fundamentalmente en las zonas de Senkata y Río Seco. Esta situación llama poderosamente la atención cuando se contrastan con las cifras de ocurrencias de contagios, porque ni Senkata, ni Río Seco, son zonas en las que hay evidencia de una alarmante propagación de los contagios. De hecho, las cifras muestran que son seis los macrodistritos de La Paz donde se registran las más grandes propagaciones del virus en la primera ola. Mientras que, tampoco la zona de Senkata (Distrito 8 de El Alto) ni la zona de Río Seco (Distrito 5 de El Alto) son las zonas donde hay una mayor incidencia de contagios de COVID-19 en El Alto, sino las zonas de los distritos 1, 3 y 6 de El Alto.

Una de las respuestas del porqué la represión policial y militar se orientó hacia zonas donde la incidencia de contagios por el virus no era de las más alarmantes, puede basarse en el hecho que el contexto de la cuarentena, en especial su componente represivo, fue empleado para controlar territorialmente zonas en las que había una abierta oposición al gobierno de Jeanine Áñez; más allá de cumplir o no la guarda de los recaudos para evitar la propagación del virus, las medidas biopolíticas de control de los cuerpos y del territorio por parte del gobierno ha estado orientada a limitar el desenvolvimiento político de personas y territorios urbanos que mostraban rivalidad con el gobierno.

Fotografía 1 - Detención de un transeúnte en Puente Vela- El Alto.



Fuente: Janeth Villca Masi. 01/05/2020. 11:00 am.

De hecho, el primero de mayo de 2020 se suscitó una de las más fuertes represiones en el sector de Puente Vela en el distrito 8 de El Alto (Véase Fotografía 1), donde puede apreciarse —aunque no de manera diáfana— que un poblador del área, calzando abarcas que es característica de la población campesina originaria del altiplano y de los valles aymaras, está poniéndose las manos en la nuca, la fotógrafa Janeth Villca nos comentaba que en esos instantes estaba siendo detenido por la policía. Una de las zonas relativamente próximas a la zona de Senkata de la ciudad de El Alto

en la que se suscitó una fuerte represión en el mes de noviembre del 2019, cuatro meses antes del inicio de la cuarentena. Así como también, las movilizaciones que se escenificaron en el mes de agosto de 2020, principalmente en la zona de Río Seco, cuando algunos pobladores exigieron que no se vuelva a aplazar la fecha de las elecciones generales en Bolivia.

Fotografía 2 - Movilizaciones en la zona Ex Fábrica de Vidrios en El Alto.



Fuente: Isolda Salas. 07/08/2020. 16:00 pm.

Discusión

Si bien, el papel de la policía ha sido decisivo e importante en el contexto de la pandemia, cosa que no solo se verificó en Bolivia, sino en toda Latinoamérica (Alvarado, Sutton, & Laborda, 2020). Vale señalar, que también estas medidas pueden ocasionar algunos efectos colaterales, como la aplicación de criterios de interés político, expresados en visiones de segregación residencial al momento de aplicarse las medidas biopolíticas relacionadas con la cuarentena, como ya lo advertía Foucault al realizar la genealogía del proceso de medicalización de la sociedad (Foucault, 1977).

Conclusiones

El cuadro de casos de contagiados por el coronavirus, hacia el 28 de julio de 2020, demuestra que la ocurrencia de casos de contagio de COVID-19 en el municipio de El Alto no representaba ni siquiera la mitad de los casos que se constataban en el departamento de municipio de La Paz.

El control medicalizado de los cuerpos y de los territorios, ejecutado por la policía y las fuerzas armadas en El Alto y La Paz, ha sido diferenciado; se han consolidado criterios de segregación residencial, es decir, la diferenciación de barrios; estas diferencias socioespaciales, estas formas de segregación espacial, han encontrado en los discursos higienistas, medicalizadores y salubristas un apoyo o pretexto argumental; donde la salud, la higiene y la medicina social son el soporte discursivo de la aplicación de medidas biopolíticas de carácter coercitivo que sustenta la configuración de una geografía de poder en las ciudades de La Paz y El Alto.

Referencias

AGENCIA EFE. (2 de Junio de 2020). Wuhan realiza casi 10 millones de pruebas de ácido nucleico en medio mes. **Agencia EFE**. Recuperado el 9 de Junio de 2020, de <https://www.efe.com/efe/espana/portada/wuhan-realiza-casi-10-millones-de-pruebas-acido-nucleico-en-medio-mes/10010-4260939>

ALVARADO, N., Sutton, H., & Laborda, L. (2020). **El impacto del COVID-19 en las agencias policiales de América Latina y el Caribe**. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.

ANDERSEN, K. G., RAMBAUT, A., LIPKIN, W. I., HOLMES, E. C., & GARRY, R. F. (2020). The proximal origin of SARS-CoV-2. **Nature Medicine** (26), 450–452.

CENTRO DE DOCUMENTACIÓN E INVESTIGACIÓN EN BOLIVIA (CEDIB). (2021). **Centro de Documentación e Investigación en Bolivia** (CEDIB). Obtenido de Pandemia COVID-19 en Bolivia: <http://www.cedib.org/tag/COVID19/>

COOK, N. D. (2003). ¿Una primera epidemia americana de viruela en 1493? *Revista de Indias*, LXIII (227), 49-64.

COOK, N. D. (2005). **La conquista biológica las enfermedades en el Nuevo Mundo, 1492-1650**. Madrid: Siglo XXI.

COOK, N. D. (2010). **La catástrofe demográfica andina Perú 1520-1620**. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA. (2020). **Informe defensorial** «Salud, derechos humanos y Covid-19 en Bolivia». La Paz: Defensoría del Pueblo del Estado Plurinacional de Bolivia. Obtenido de: <https://www.defensoria.gob.bo/uploads/files/informe-defensorial-salud-derechos-humanos-y-covid-19-en-bolivia.pdf>

FOUCAULT, M. (1977). Historia de la medicalización. *Revista Educación Médica y Salud*, XI(1), 3-25.

GAMEA, G. A. (2021). **Gobierno Autónomo Municipal de El Alto** (GAMEA). Obtenido de Página de Facebook.: <https://www.facebook.com/search/top?q=renueva%20el%20alto>

GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE LA PAZ (GAMLP). (2021a). **Gobierno Autónomo Municipal de La Paz (GAMLP)**. Obtenido de Observatorio del COVID-19: <http://observatoriocovid19.lapaz.bo/observatorio/index.php>

GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE LA PAZ (GAMLP). (2021b). **Gobierno Autónomo Municipal de La Paz (GAMLP)** . Obtenido de Mapa de incidencias del COVID-19: <http://sitservicios.lapaz.bo/mapas/casoslapaz/?u=202005262009>

GOOGLE. (2021). **Google**. Obtenido de Registro de datos del COVID-19.:

<https://www.google.com/search?q=coronavirus+en+bolivia&coq=coronavirus+en+bolivia&aqs=chrome.69i57j0l6j69i61.21490j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (13 de Diciembre de 2020). **Organización Mundial de la Salud**. Obtenido de Preguntas y respuestas sobre la transmisión de la COVID-19: <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>

POUPEAU, F. (2010). De la migración rural a la movilidad intraurbana. Una perspectiva sociológica sobre las desigualdades socioespaciales de acceso al agua en El Alto (Bolivia). En F. Poupeau, & C. González, **Modelos de gestión del agua en los Andes** (págs. 243-280). Lima: IFEA/PIEB/Embajada de Francia en Bolivia.

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE LA PAZ (SEDES La Paz). (2020). **Servicio Departamental de Salud de La Paz (SEDES La Paz)**. Obtenido de Reporte COVID-19 al 28/07/2020: https://www.sedeslapaz.gob.bo/reportes_covid19

VELARDE, F., Mamani-Paco, R., & Andrade-Flores, M. (2020). Estimación de la probabilidad de contagio de covid-19 por aerosoles en ambientes cerrados: Aplicaciones a casos en la ciudad de La Paz, Bolivia. **Revista Boliviana de Física**, 37(37), 22-30. Obtenido de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1562-38232020000200004&lng=es&tlng=es.

**Coronavirus *Unquymanta*¹:
entre la reinención y desestructuración campesina en el Perú
(un análisis de las comunidades quechua post covid-19)**

Cliver Ccahuanihancco Arque

Resumen

El coronavirus encuentra su justificación de existencia en la naturaleza cíclica de la historia, el hombre desmemoriado que en la propiedad de su época olvidaba su pasado, hoy lo recuerda tal cual lo vivieron sus antepasados. El presente trabajo desarrolla desde una perspectiva histórico antropológica, la particularidad de fenómenos manifestados post covid-19 en comunidades campesinas quechuas del Perú, dando énfasis a los procesos socioculturales expresados como reinención y desestructuración en las sociedades originarias. El objetivo primordial del presente artículo, es de analizar desde la ruralidad campesina el fenómeno binomial reinventivo y desestructural que afectan dimensiones culturales de las comunidades campesinas quechuas en el Perú, para lo cual se utiliza el método etnográfico y la técnica de observación directa en el proceso de recopilación de información. El resultado de la investigación permite identificar los procesos positivos y negativos que comprenden una afectación dentro de las dimensiones estructurales de las comunidades quechuas en el Perú.

Palabras-claves: Campesinos; Comunidad; Covid-19; desestructuración; Reinención.

Resumo

O Coronavírus encontra sua justificativa de existência na natureza cíclica da história mesma, o homem esquecido na propriedade de seu tempo esqueceu seu passado, e hoje o lembra como seus ancestrais o viveram. O presente trabalho desenvolve, a partir de uma perspectiva antropológica histórica, a particularidade dos fenômenos manifestados pós-covid-19 nas comunidades camponesas quíchuas do Peru, enfatizando os processos

¹ Vocablo quechua que refiere o hace mención a una enfermedad.

socioculturais expressos como reinvenção e desestruturação nas sociedades originárias. O objetivo principal do artigo é analisar o binômio reinventamento e fenômeno não estrutural que afeta as dimensões culturais das comunidades camponesas quíchuas do Peru, para o qual o método etnográfico e a técnica de observação direta são usados no processo de coleta de informações. O resultado da pesquisa permite nos identificar os processos positivos e negativos que constituem uma afetação nas dimensões estruturais das comunidades quíchuas no Peru.

Palavras-chave: Camponeses; Comunidade; Covid19; desestruturação; Reinvenção.

Introducción

La correspondencia Estado - Comunidad refleja un vacío relacional, histórico, social y cultural que direccionó al desenlace y comprensión de lo que hoy son las comunidades campesinas y nativas en el Perú; esta realidad contemporánea no difiere de la construcción pasada, pues las relaciones de desigualdad en la que se gestaron y reconocieron a estas poblaciones, han mantenido las condiciones subhumanas y subalternas dentro de la estructura de las naciones actuales, que en final de sus propósitos se ha manifestado como quimérica, simple y reducida categoría política de enclaustre y dominación desde su denominación.

La COVID-19 por su parte, sumó a este proceso (que en su naturaleza histórica tiene una alta carga política) una serie de fenómenos conocidos *in situ* por quienes son y trabajan en los campos andinos, los cuales en términos propios de su idioma los plantean como ¡ñuqanchikpaq mistikuna wañuuya munachkanku! [¡lo que ellos quieren de nosotros es que moramos!], para expresar un sentido constante de eliminación a la memoria y existencia de los pueblos originarios quechuas en relación al estado e identidades nacionales, que lejos de la consecución integrativa, se entienden como una desestructura cultural presentada como reinventiva.

La presente investigación desarrolla desde una perspectiva histórico antropológica, la particularidad de fenómenos manifestados post covid-19 en comunidades rurales campesinas del Perú, dando énfasis a los procesos socioculturales expresados como reinención y desestructuración en las sociedades originarias, bajo la interpretación de las bases de la realidad local quechua en la cual se manifiestan, para ello se ha utilizado el método etnográfico y la técnica de observación directa en el proceso de recopilación de información, así como una vasta revisión bibliográfica y documentaria para entender el proceso histórico de tales fenómenos.

El presente trabajo se estructura en tres partes fundamentales, en el primer subtítulo denominado contextualización del ámbito de estudio: comunidades quechuas en el Perú, pretende dar un panorama general de la realidad cuantitativa de las comunidades campesinas en la región y el Perú; seguida a ella se presenta el segundo subtítulo: una observación rápida del contexto sanitario peruano y campesino, para explicar las principales falencias del sistema de salud en el Perú, así como la incidencia del estado en ella; así mismo pasamos al tercer subtítulo: La desestructuración y reinención campesina en el Perú en cuyo extracto se presenta las dos tendencias existentes a la actualidad de las comunidades campesinas, derivadas de la covid-19; finalmente se dan conclusiones que encierran las ideas y postulaciones del trabajo.

Método de Investigación

La presente investigación responde al tipo de investigación mixto, en razón al uso de la metodología cuantitativa que permitió cuantificar el fenómeno reflejado en datos estadísticos sobre la cantidad poblacional indígena en la región Latinoamericana y peruana, y complementando a esta la metodología cualitativa-etnográfica a través del registro e interpretación de testimonios derivados del focus group aplicado a representantes campesinos

de 4 comunidades quechuas del Perú, sobre la percepción de su realidad post covid-19.

Contextualización del ámbito de estudio: comunidades quechuas en el Perú

Las comunidades campesinas como institución, organización, sociedad de base u otro denominativo que exprese su existencia jurídica ficcional, están aún lejos de la compleja comprensión real y por tanto material de su esencia, ello se ha notado más crudamente en el contexto pandémico que viene atravesando el Perú, donde la cuestión étnica, cultural e identitaria fue socapada por la del ser nacional e individual privilegiado de ciudadanía, que en finales comprendió mayores derechos de unos respecto otros;

Ello no es más que una reiteración del desconocimiento o desentendimiento (...) de las comunidades campesinas como unidades integrales económicas, sociales que amalgamadas culturalmente e históricamente asumen roles en todos estos terrenos en base a una visión colectiva y familiar antes que individual (LAOS, 2004, p. 10).

Es necesaria la contextualización datística, que dé cuenta sobre la realidad numérica en tanto población indígena, aborigen y nativa, para ayudar a dilucidar la cruda existencia de la realidad campesina en la región Latinoamericana y peruana, ello en la medida que, para quienes se identifican como originarios, solo han sido subsumidos en la epígrafes como “pasamos de ser personas, a solo números en las estadísticas de los países” o “mientras más conocidos y reconocidos, más pobres y excluidos” que los lleva a no querer ser más indígenas o en el peor de los casos alienar su subjetividad originaria significativa de la memoria prístina de lo que somos como cultura.

Hermano, nosotros desde siempre hemos sido excluidos por todos y en todo; mis padres al igual que yo fueron vistos como cosas raras, ellos con más sufrimiento físico debido a las golpizas del patrón (*misti*²) y yo con la indiferencia y golpiza de las miradas de quienes nos repudian por lo que somos y de cómo somos (Q. A .E, 2020)³.

Partamos de la afirmación que la Comisión Económica para América Latina y el Caribe ha aseverado como: el crecimiento de la población indígena en la región asciende a 45 millones de personas equivalentes al 10 % de la población total latinoamericana, de los cuales una importante heterogeneidad desprende de los países de Brasil, México Bolivia y Perú, con casi 17 millones de población indígena, suponiendo de ello, comprende la existencia aproximada de 826 formas prácticas de vida alternativa, que afrontan y comparten experiencias similares desde sus estructuras sociales inmersas dentro de un estado nacional (CEPAL, 2014).

El Perú por su parte ha generado información cuantitativa, producto del trabajo censal en 2017 hecha por el Instituto Nacional de Estadística e Informática señalando que, existen más de 9 mil comunidades nativas y campesinas, correspondientes al estudio de 9,385 comunidades censadas, de las cuales 2,703 son nativas y 6,682 son campesinas (INEI, 2017). Afirmación que lleva a concebir la existencia de un multiverso de culturas dentro del estado peruano, cuyo tratamiento no es igualitario y menos equitativo, demostrado claramente en el contexto de la covid-19.

Así mismo cabe centrar que en el caso específico de las comunidades andinas referidas para este estudio, se encuentran desarrolladas en las 13 provincias que conforman la Región Puno y están ubicadas en forma dispersa en las dos unidades geográficas preponderantes: sierra y selva. La sierra por su parte, ocupa el 76.9% de la superficie total de la región Puno, entre los 3,812

² Localismo quechua que es utilizado para designar a los blancos jefes dentro del contexto indígena.

³ Q.A.E. Focus Group. [DIC.2020] Mediador: Cliver Ccahuanihanco Arque. Ayaviri – Comunidad campesina de Siale. 1 Archivo mpg3 (13 min. 23seg.).

m.s.n.m (nivel del Lago Titicaca) hasta los 5,500 m.s.n.m (cordillera occidental y oriental). Determinándose a la región Puno como departamento con mayor cantidad de comunidades campesinas altoandina, constatado a través del III Censo Nacional Agropecuario del año 1994 que registró 1,274 comunidades campesinas, constituyente del 22.43% del total nacional.

Una observación rápida del contexto sanitario peruano y campesino

La insufrible realidad sanitaria peruana, desenlaza una tragedia que comenzó con la propia denominación calendárica nacional para el 2020: “El año de la Universalización de la Salud”, que irónicamente se articula con el inicio del fenómeno pandémico originado por la COVID-19. Esta denominación no fue sino, la antagónica expresión de la realidad sanitaria peruana que lejos de asegurar aquella universalidad propugnada desde el Estado, se resumió a una limitada, parcializada y muy excluyente accesibilidad a la salud, que exceptuó de primera instancia a toda la población indígena, nativa y campesina.

El Director General de la OMS ha afirmado que los pueblos indígenas son más vulnerables a la COVID-19 y sus consecuencias son debido a su “elevada carga de pobreza, desempleo, malnutrición y enfermedades transmisibles y no transmisibles”. Dado que la infraestructura de salud en las zonas rurales es generalmente precaria y con un mayor riesgo de colapsar (NAVEGADOR INDÍGENA, 2020, p. 25).

Así mismo, a este análisis propio de la calendarización se le agrega otro, el cual descansa en la denominación del “año del bicentenario del Perú: 200 años de su independencia” cuyo nombramiento entre comillas no hace más que expresar verdaderamente, la realidad de dicha independencia, cuyo desenlace es entendido como el rezago y padecimiento del proceso

histórico inconcluso, que descansa en una constante y aun no superada colonización y homogeneización sociocultural.

A la actualidad el Perú, cuenta con un sistema de salud administrado en 5 instituciones diferenciadas: el primero recae en el Ministerio de salud (MINSA) cuya cobertura está destinada al 60% de la población nacional total (por referirnos así a las gentes cotidianas y comunes) a quienes el estado asegura un servicio integral de salud en criterios de universalidad, así mismo esta institución comprende el trabajo con poblaciones originarias nativas y campesinas, debido a que no existe una institución dedicada exclusivamente al tratamiento de estas poblaciones, ampliando de esta manera la brecha dimensional de acceso cultural a la salud e incomprendiendo la naturaleza y lógica de la cosmovisión indígena médica.

La falta de mecanismos de comunicación entre el sistema de salud pública nacional y las comunidades indígenas ha alimentado además la discriminación, la intolerancia y la incompreensión a la que los indígenas han debido someterse tradicionalmente para acceder a su derecho a la salud (IWGIA, 2007, p. 102).

Por otro lado y como segunda institución sanitaria diferenciada tenemos al Seguro Social de Salud o ESSALUD, en cuya cobertura se comprende el 30% de la población en actividad relacionada al estado o que tiene un vínculo laboral con este; una de las principales problemáticas de ESSALUD esta concatenada a la cobertura, pues es sabido que su dimensión de atención poblacional es inversa a su presupuestación, debido a que su cobertura de atención es menor en cantidad de personas (usuarios aparentemente de nivel o estatus superior a los del MINSA) y superior en presupuesto (ello en relación a la especialidad y cantidad tributaria retenida); reflejando de esta forma una diferenciación frívola de las personas en torno a su poder económico y adquisitivo al momento de efectivizar y acceder a su derecho a la salud.

Nosotros no podemos atendernos en ESSALUD porque eso es para los que tienen plata y trabajo en la ciudad, nosotros solo tenemos atención en las postas médicas del MINSA en los centros poblados y distritos, incluso a veces no hay medicamentos ni doctores, es por eso que preferimos utilizar nuestras hierbas y medicamentos de nuestra tierra que nos ha enseñado nuestras madres (C.S.N, 2020)⁴.

Finalmente las Fuerzas Armadas (FFAA), Policía Nacional (PNP) y el sector privado proporcionan el 10% restante para la atención sanitaria, que en la incredulidad de quienes lean este trabajo, es vista como una opción universal e integral que el estado no proyecta desde sus instituciones propias, es así que el acceso al derecho de salud como un derecho humano y un derecho constitucional se torna un derecho mercantil, cuya limitante respecto al común social es el elemento económico. El artículo 11° de la Constitución política del estado peruano de 1993 señala: que el estado garantiza el libre acceso a la prestación de salud y pensiones, a través de entidades públicas y privadas o mixtas; supervisadas constantemente para el adecuado y eficaz funcionamiento respecto al aseguramiento de dicho derecho constitucional; lo que en términos de interpretación literal, se entendería a un estado vigilante, controlador con sus instituciones de salud pública, y examinador para con las instituciones privadas; empero surge a la vez una contradicción implícita en el artículo 58° de la carta nacional peruana, cuyo planteamiento para los principios del régimen económico del estado, señala que: la iniciativa privada es “libre y autónoma” para garantizar a través de este el desarrollo del país, principalmente en las áreas de promoción de empleo, salud, educación, seguridad, servicios públicos e infraestructura; del mismo que se puede colegir, que el Perú ejerce una economía social direccionada por el mercado, que termina precarizando lo estatal respecto lo privado desde el discurso del libre mercado, dando así una explicación de la

⁴ C.S.N. Focus Group. [DIC.2020] Mediador: Cliver Ccahuanihanccho Arque. Capachica – Comunidad campesina de San Cristóbal. 1 Archivo mpg3 (15 min. 12 seg.).

cobertura mínima aparente del 10% de población pero maximizada a un 100% real.

El debate se centra en la concepción de la salud como una mercancía cualquiera (bien privado), que se debe comprar obligatoriamente mediante un seguro, y que debe dejar un margen de ganancia suficiente para las EPS. ¡Es aberrante que haya que comprar una mercancía obligatoriamente, por ley!. (ECHEVERRI, 2008, p. 215).

Así la problemática sanitaria peruana, se expresa en una constante fragmentación institucional y divisionismo para el atendimento de la salud pública, que se acompaña causalmente de una constante burocratización que incluye el manejo vertical y diferenciado de poder de una institución a otra, como bien es manifiesto desde el seguro social de salud (EsSALUD), el Sistema Integral de Salud (SIS), Fuerzas Armadas (FFAA), policías nacional (PNP) y el Sistema Privado de Salud divorciados a la actualidad.

(...) la tendencia es a que el perfil del sistema público ya no sea el clásico, público estatal y burocrático, sino comience a adquirir rasgos de un sistema cada vez más abierto, y esta tendencia choca con la herencia reglamentarista, [...] para la infraestructura, la hipercategorización de establecimientos, y todo lo demás que se hereda del pasado, por no hablar de la omisión de las nuevas tecnologías individualizadas y de la medicina de avanzada de bajo costo en el mundo (ARROYO, 2015, p. 55).

Finalmente admitiendo que la salud pública como tal, se ha tornado clasista y exclusiva, cuyo manto distintivo para el atendimento, radica en la diferenciación cultural, económica y social de unos respecto a otros, refiriéndose así a la diferencia entre lo urbano y lo rural, lo ciudadano y lo indígena, lo humano respecto lo subhumano, afirmando tácitamente que la exclusión y la pobreza, siguen siendo por lo tanto, las principales trabas para el ejercicio de nuestros derechos, nuestra existencia y para nuestra

convivencia en sociedades pluriétnicas, multilingües y multiculturales.

La desestructuración y reinención campesina en el Perú

El Perú comparte una historia latinoamericana de colonización, fragmentación y desestructuración cultural, asumida como necesaria por quienes la protagonizaron en nombre de una fe, cuya justificante máxima, se dio en matices históricos lineales y pre-evolucionistas para la gesta de una civilización y por tanto verdadera cultura.

El descubrimiento, conquista y colonización de América, es probablemente la gesta más importante que ha realizado España, con todas sus crueldades, injusticias, ambiciones y codicias desenfrenadas, pero también heroicidades, sacrificios y actos de generosidad y valentía, cuyo resultado final ha sido la transmisión de una lengua, una cultura, una religión y un sistema de valores de todo un continente (ARAM, 2008, p. 13-14).

Esta perspectiva histórico-evolucionista sustentada en la universalización de un regionalismo (occidental) común y replicable para todas las sociedades, no fue sino cuestionada hasta épocas recientes, donde el releer de la historia desde el vencido, reveló aquel dispositivo constante e inagotable de alienación occidental inserto en la genética cultural de los pueblos subordinados que los lleva a una constante, de ser y no querer ser más indígena.

El reconocimiento del indígena adopta una forma y sentido distinto, en la medida que el indígena se encuentre más o menos integrado a la sociedad y cultura blanco mestiza, y, por lo tanto, obligado a marcar y significar sus diferencias; a luchar por un reconocimiento de su diferencia. Por el contrario, el indígena en condición de relativa marginalidad de la sociedad y cultura blanco mestiza dominante sigue encontrando en sus diferencias socioculturales (en la

comunidad y en la lengua) los referentes más concretos e inmediatos de su identificación en cuanto indígena (PARGA, 2013, p. 88).

Afirmando de esta forma que la identidad será entendida bajo dos premisas, donde el primero comprende la supuesta aceptación de ese indígena (originario, rural, pobre y sin estereotipos) dentro de una sociedad nacional, que a través de políticas de diversidad son acogidos en un clima de igualdad y equidad social, que los lleva a una auto-aceptación de su ser identitario y con ella de su cultura propiamente dicha; y por otro lado, la segunda premisa, que más allá de ser una hipótesis o suposición, refleja la realidad del hoy de las poblaciones indígenas, el cual consistente en aquella petrificación en el tiempo de su cultura y por tanto la de su identidad, que lo enclaustra en apelativos como barbaros, subhumanos, marginales, además de ser pasivos atribuibles de la obstaculización del desarrollo nacional, que en conjunto los lleva a una constante frustración de su existencia, cuya solución no es más que la búsqueda permanente de desperdiciar su “raza” y con ella la de su ser identitario.

La negación del sí mismo y de lo propio se impone como condición de aceptación, no solo con los otros, sino también consigo mismo. Así, cuando este ser que se desprecia se encuentra en medio de un escenario en el que la condición de sujeto racializado es denunciada y develada por los que la sufren, éste será quien primero agrede, verbal o físicamente, a los “indios” alzados. Este fenómeno manifiesta la constante lucha por ser aceptado y para esto las agresiones contra su propia gente son la forma de delimitar su relación con ellos y de diferenciarse. Todo apunta a mostrar que él no es “indio” y por eso grita con más furia: “¡Indios de mierda!” (MACUSAYA, 2019, p. 129-130).

Queda claro entonces, que el vaivén identitario de ser y no ser más indígena, se condice a la racialización inferiorizante de su categoría con una alta dosis política, lo cual lleva a una alienación de su existencia y cultura propiamente dicha.

A este fenómeno de la negación, que en la linealidad del tiempo histórico consiguió encubrirse en nuevas categorías como criollos y mestizos, donde la finalidad y objetivo principal era la del blanqueamiento y olvido identitario cultural de estas gentes, fueron interrumpidas por el acontecimiento sanitario a causa del corona virus, donde la perspectiva identitaria y racial, ya no dependía de la decisión y/o subjetividad voluntaria de las gentes, pues las condiciones de vida fomentadas a causa del fenómeno sanitario quebrantaron, aquel espejo distorsionado creado por las masas alienadas, quienes al igual su inicio de emigración del campo a la ciudad y de desborde popular que amero sueño americano interno de modernidad y desarrollo urbano, hoy no tenían mayor opción que retornar a sus lugares tan negados y despreciado.

Nuestras comunidades se han poblado con gente que casi no reconocemos, porque eran familiares como tíos, hermanos, hijos y sobrinos que volvieron después de mucho a nuestros campos; quien diría que este virus los traería de vuelta, yo creo que no tenían otra opción, porque allá no tenían más que comer (P.Q.M, 2020)⁵. Ellos siempre se creían superiores a nosotros, por el hecho de vivir en la ciudad y ahora volvieron de donde salieron, nosotros como familia y padres que somos siempre los aceptamos, pero ellos cuando están en su ciudad nos desconocen, es muy triste e injusto (O. N. E, 2020)⁶.

Es en tanto que surge la manifestación de una reinención campesina, acontecida a efectos de la regresión de lo urbano a lo rural (que de hecho puso de cara a los actores, con aquella realidad negada por mucho tiempo), manifestados en dos efectos muy notados que impactaron dentro de la estructura aun superviviente de las comunidades campesinas originarias. El primer impacto se

⁵ P.Q.M. Focus Group. [DIC.2020] Mediador: Cliver Ccahuanihanco Arque. Capachica – Comunidad campesina de San Cristóbal. 1 Archivo mpg3 (11 min. 55 seg.).

⁶ O. N. E. Focus Group. [DIC.2020] Mediador: Cliver Ccahuanihanco Arque. Atun Colla – Comunidad campesina de Ticani Pampa. 1 Archivo mpg3 (14 min. 27 seg.).

surte de un sentido positivo (por decirlo así) toda vez que reencontró aquella esencia vetada en la subjetividad de los ciudadanos y su comunidad, que en la naturaleza y propiedad de sus principios fueron insertados nuevamente dentro de la comunalidad de su organización y cultura, notando de esta forma que la lógica indígena campesina colectiva aún mantiene su vigencia diferencial respecto la lógica individualista de la urbe, como es muy bien notado en aquel manuscrito de (RAMOS, 2003) al decir que no nos burlemos de un colla (indígena), que si vas para el cerro, te abrirá las puertas de su triste casa, tomarás su chicha, te dará su poncho, y junto a sus guaguas, comerás un *tulpo*⁷ y a cambio de nada, demostrando la esencia colectiva de un indígena.

El segundo impacto de connotación negativa por manifestarla así, se sustenta en la alteración del orden estructural, derivado de la lógica impositiva y absorbente de la cultura adquirida por los habitantes, quienes impregnados de la soberbia absurda del individuo tendieron a cambiar perspectivas y nociones de la cultura receptora, toda vez que en efectos propios de la convivencia, es natural que se ejecuten extrapolaciones culturales que afectan si bien no a los habitantes longevos, empero si y en una intensidad considerable de los indígenas (niños, adolescentes y jóvenes), los cuales se manifiestan hoy, con el abandono de las comunidades que a gran esfuerzo las generaciones más longevas pretendieron sostener.

No cabe duda, que las aseveraciones puestas en este trabajo, tendrán manifestaciones divergentes en cuya lógica inmiscuirá posicionamientos diversos, respecto la desestructuración campesina, finalizando con preguntas más que afirmaciones como el ¿cómo se construyó y se construye comunidad a la actualidad? Ello, a fin de evitar su efecto inverso y desestructurante, y por otro lado referido al sentido reinventivo de ¿cuán posible es la reinención de la condición actual de los indígenas sin que ello

⁷ Alimento tradicional de la región noroeste de argentina.

signifique modificar el ethos y fundamento filosófico de sus principios y valores comunales?

Conclusiones

Las comunidades indígenas nativas y campesinas de la región y el Perú específicamente (quechua), han sufrido un doble impacto a consecuencia de la covid-19, el cual se expresa en un primero momento como la ruptura y divorcio relacional entre el Estado y comunidades campesinas; y el segundo como la desestructuración y reinención de las estructuras sociales de las comunidades campesinas quechuas. La primera afirmación se fundamenta en la precarización máxima y desahucio sin acción por parte del Estado para con estas poblaciones originarias, confirmando aquella tipificación de no ciudadanos o simplemente sub-humanos propugnado y naturalizado por el estado nacional y aún colonial peruano. La segunda afirmación por su parte, sustentada en la regresión temporal de lo urbano a lo rural, trascendió más allá de solo un impacto sanitario (por el alto riesgo de contagiar a la población aborigen) y se trasmutó a una desestructuración campesina, producida por la propia inercia de la colisión de perspectivas, que si bien diferenciadas de una colonización hecha por españoles, vieron en estos caminantes⁸ un futuro de replicar desde las generaciones más nuevas.

Se ha reconocido y puesto como meta, el acceso universal a la salud a través de diversos instrumentos legales nacionales e internacionales como: la Declaración de los Derechos Universales, el Pacto de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la mismas Constitución Política del Estado Peruano, sin embargo la realidad en pandemia a desfalcado esa falsa verdad, en cuyo albor de su propugnación recaen simplemente en la mercantilización de este

⁸ Expresión utilizada para referirse a los migrantes urbanos hacia sus lugares rurales de origen.

derecho, donde agregado de la división institucional (MINSA, ESSALUD, FUERZAS ARMADAS, POLICIA NACIONAL y PRIVADOS) han gestado un nivel jerárquico y vertical concordante a la liquides capital y especializada de sus usuarios, donde claramente lo indígena no existe y menos tiene posibilidad de acceder.

El *sumaq kawsay* o buen vivir de las comunidades quechuas, ha reflejado y puesto su máximo accionar en el periodo pandémico, llevándolos a activar además de los conocimiento ancestrales de medicina, el campo diferencial de sus principios y valores fundados en la relacionalidad, reciprocidad y complementariedad del uno con el todo, llevándoles a autocomprenderse como sociedades autárquicas y diferenciadas, donde la presencia del estado y demás instituciones son irrelevantes a su organización, creo en la finalidad de este artículo, que esa fue la más positiva de las reflexiones dadas por este virus, pues una vez llevados al inicio de nuestra existencia, nos lleva también al encuentro de las preguntas fundamentales del por qué y par que estamos aquí.

Referencias

ARAM, Bethany. **Leyenda negra y leyendas doradas en la conquista de América**. Madrid:Marcial Pons, (2008).

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. CEPAL. **Los pueblos indígenas en América Latina: Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos**. Santiago: Naciones Unidas, (2014). Obtenido de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37222/S1420521_es.pdf?sequence=1

ECHEVERRI, Oscar. **Mercantilización salud para el desarrollo: el caso de Colombia**. Cali: Rev Panam Salud Publica, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA. INEI. **I censo de comunidades campesinas**. Lima: INEI, 2017.

Obtenido de: http://www.inr.pt/uploads/docs/recursos/2013/20Censos2011_res_definitivos.pdf

INTERNATIONAL WORK GROUP FOR INDIGENOUS AFFAIRS. IWGIA. (2007). **El derecho a la salud de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial**. Quito: Copenhague, 2007.

LAOS, Alejandro. **Las comunidades campesinas en el siglo XXI**. Lima: ALLPA, (2004).

MACUSAYA, Carlos. **Batallas por la identidad. Indianismo, katarismo y descolonización en la Bolivia contemporánea**. Lima: Hwan Yumpa, 2019.

NAVEGADOR INDÍGENA. **Efectos de la COVID-19 en las comunidades indígenas**: Una mirada desde el Navegador Indígena. Copen Hagen: Indigenous Navigator, 2020. Obtenido de: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_757582.pdf

PARGA, Jose. **Qué significa ser indígena para el indígena - Más allá de la comunidad y la lengua**. Quito: Universidad Politécnica Salesiana, 2013.

RAMOS, Fortunato. **Costumbres, poemas y regionalismos**. Jujuy: Humahuaca, 2003.

Focus group

C.S.N. Focus Group. [DIC.2020] Mediador: Cliver Ccahuanihanco Arque. Capachica – **Comunidad campesina de San Cristóbal**. 1 Archivo mpg3 (15 min. 12 seg.). La entrevista completa se encuentra en el archivo del autor.

O. N. E. Focus Group. [DIC.2020] Mediador: Cliver Ccahuanihanco Arque. Atun Colla – **Comunidad campesina de Ticani Pampa**. 1 Archivo mpg3 (14 min. 27 seg.). La entrevista completa se encuentra en el archivo del autor.

P.Q.M. Focus Group. [DIC.2020] Mediador: Cliver Ccahuanihancco Arque. Capachica – **Comunidad campesina de San Cristóbal**. 1 Archivo mpg3 (11 min. 55 seg.). La entrevista completa se encuentra en el archivo del autor.

Q.A.E. Focus Group. [DIC.2020] Mediador: Cliver Ccahuanihancco Arque. Ayaviri – **Comunidad campesina de Siale**. 1 Archivo mpg3 (13 min. 23seg.). La entrevista completa se encuentra en el archivo del autor.

Las morales de resistencia indígena en Xochistlahuaca, México

J. Kenny Acuña Villavicencio

Resumen

Las comunidades indígenas del estado de Guerrero, México, han sido las más afectadas por la crisis sanitaria. De manera particular, me refiero a los amuzgos o *ñomndaa* de la Costa Chica quienes, más allá de cuestionar el débil papel del Estado en controlar la pandemia por coronavirus, han fortalecido su identidad con la naturaleza, puesto que la consideran como parte de su quehacer humano y colectivo. Lo dicho, nos hace entender que esta enfermedad global es resultado de la transformación acelerada que está sufriendo la naturaleza y esto hace que surjan nuevas enfermedades como la COVID-19, además de que se aniquilen creencias, memorias y costumbres. Expuesto esto, el propósito de este trabajo consiste en evidenciar las morales de resistencia de los *nn'an ncue ñomndaa* durante el encierro social, esto es, conocer los rechazos y la manera en que se organizaron frente a una sociedad de cambios y mutaciones en las relaciones hombre/naturaleza.

Palabras-claves: amuzgo, morales de resistencia, naturaleza, pandemia.

Resumo

As comunidades indígenas do estado de Guerrero, no México, foram as mais afetadas pela crise sanitária. Em particular, refiro-me aos Amuzgos ou *Ñomndaa* da Costa Chica que, além de questionar o fraco papel do Estado no controle da pandemia de coronavírus, fortaleceram sua identidade com a natureza, pois a consideram como parte de seu humano e coletivo. O que foi dito nos faz entender que essa doença global é resultado da transformação acelerada que a natureza está passando e isso faz com que surjam novas doenças como a COVID-19, além da aniquilação de crenças, memórias e costumes. Exposto isso, o objetivo deste trabalho é mostrar a moral de resistência dos *nn'an ncue ñomndaa* durante o confinamento social, ou seja, conhecer as rejeições e a forma como se organizaram diante de uma sociedade de mudanças e mutações nas relações homem/natureza.

Palavras-Chaves: amuzgo, moral da resistência, natureza, pandemia.

Introducción: “el corazón del pueblo amuzgo”

Actualmente, los amuzgos viven en los municipios de Xochistlahuaca, Tlacoachistlahuaca y Ometepec del estado de Guerrero, pero, también, se encuentran en Putla y en las comunidades de San Pedro Amuzgos y Santa María Ipalapa del estado de Oaxaca. Xochistlahuaca pertenece a la región de la Costa Chica de Guerrero, se ubica al norte y oeste de esta región, además, colinda con Tlacoachistlahuaca y Ometepec que conforman el mismo estado. La cabecera municipal o “corazón del pueblo amuzgo” tiene el mismo nombre y alberga a la mayoría de los amuzgos. El nombre de Xochistlahuaca registrado por la entidad federativa significa en lengua náhuatl: llanura de flores. Para los amuzgos se trata de una definición que ha sido impuesta primero por los mexicas, luego por los españoles y finalmente por las autoridades estatales. Por esta razón, los amuzgos llamaron a su pueblo como *ndaatyuaa Suljaa’*. La palabra *ndaatyuaa* que significa agua y tierra tiene un sentido de pertenencia colectiva y se traduce como “nuestro territorio”; en cambio, *Suljaa’* al igual que en náhuatl hace referencia al cerro de las flores. Amuzgo es el nombre oficial que deriva del nahua y se le ha otorgado a un grupo de indígenas que vive en una parte de la Costa Chica. El significado etimológico que comúnmente se menciona es *amoxco* que está compuesto de los vocablos *amox(tli)* y significa libros; en cambio, *co* es un sufijo locativo y hace referencia a una biblioteca, lo que hace suponer una cabecera administrativa (AGUIRRE, 2007; 2018).

Xochistlahuaca es uno de los municipios más pobres de Guerrero, cuenta con 28 mil habitantes y el 90 por ciento vive en la pobreza; la mayor parte de la población es amuzga, carecen de servicios de salud, no tienen seguro social, hay desnutrición y prevalece un elevado rezago educativo (INEGI, 2021; CONEVAL, 2015; CONAPO, 2010). Para llegar a este municipio se tiene que pasar necesariamente por Ometepec. Esta pequeña ciudad ha albergado a muchos indígenas de distintas partes de la costa, cuenta con una infraestructura y un comercio importante que hace

que se conjuguen culturas, lenguas e historias de otras regiones. En este lugar, antes de la pandemia, los amuzgos, tlapanecos, nahuas, mixtecos, afromexicanos y mestizos generaban una dinámica importante que articulaba económicamente y políticamente a toda la región.

La gente bajaba de las montañas y la sierra para hacerse atender en los hospitales, pero también para vender e intercambiar sus productos. Esta rutina se vio interrumpida con el primer caso de coronavirus y por la manera cómo se daba inicio a un nuevo orden social. Muchas de las comunidades amuzgas se mostraron insatisfechos por el encierro social o cuarentena impuesto a finales del mes de marzo del 2020, pues las medidas sanitarias no permitían el desarrollo normal de las actividades locales y comerciales. Varias tiendas, restaurantes, bodegas y negocios artesanales de mujeres tuvieron que cerrar. Sin embargo, dos meses después del encierro y a pesar de las indicaciones de la sana distancia, los amuzgos tomaron las calles y reiniciaron con sus actividades. Los domingos o días de feria fueron reabiertos para los turistas y los comerciantes. Las artesanas salían a vender sus bordados que tanto hacen referencia al agua y los animales de la zona: “nos obligaron a cerrar todos los negocios, pero cuando ya no aguantamos salimos a las calles a vender nuestros tejidos” (CARMEN, COMUNICACIÓN PERSONAL, 29 noviembre 2020).

Los amuzgos se adscriben en su lengua como *nn'an ncue*. Esta palabra significa “gente de en medio”. También se reconocen de manera individual como *ts'an ncue*, dicha palabra está compuesta de *nn'an*, gente, o *ts'an*, persona, y *xcuee*, medio; asimismo, se ocupa el término *nn'an ncue ñomndaa*, es decir, gente de en medio que habla la palabra del agua (OTA, 2009, p. 81). Los *nn'an ncue ñomndaa*, compuesta de *nn'an* significa maíz, *ncue* gente y *ñomndaa* es la palabra del agua, definiendo que ellos son: la gente del maíz que habla la palabra del agua. Los amuzgos de Xochistlahuaca se nombran como *nn'an tsjoom Sujlaa'* gente de la llanura de flores y hablan la lengua *ñomndaa* que significa: la palabra del agua, compuesto por *ñom* que se traduce como palabra, junto con *ndaa*

que es agua (“Para nosotros los amuzgos –dice un entrevistado– en nuestra lengua quiere decir palabra del agua”). De acuerdo con el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI, 2008, p. 130), la lengua de los amuzgos pertenece a la familia otomangue, además:

Se tiene a la idea que nosotros venimos del agua, un lugar llamado polinesio, y se puede creer que venimos de una isla, porque conocemos. No hay isla por aquí, pero se daban a conocer como la ‘tierras de en medio’, la gente no conocía al tiburón, tiene un nombre en amuzgo, ‘pez rabioso’, y esos animales no existen por donde estamos, si por que al principio según, venimos de aquí cerca, San Nicolás, aquí con la llegada de los afroaméricas, nos sacaron y nos venimos para acá, apartándonos. Hay un lugar aquí cerca que se llama Plan de los Muertos, donde en amuzgo quiere decir, lugar donde descansaron los muertos, entonces ahí descansaron y siguieron avanzando. Además, hay muchas palabras que se refieren con el agua. Por ejemplo, soñar, es recordar en el agua. El sueño se relaciona con lo dulce y lo sucio, si uno sueña que está partiendo calabazas, alguien va a morir, y si uno sueña que está atravesando un río, se va a ahogar. Y estaba empezando por comentarle, por ejemplo, el municipio significa ‘agua de tierra’, en el estado, ‘brazo del agua’. Muchas palabras tienen el significado del agua (MOISÉS, COMUNICACIÓN PERSONAL, 15 septiembre 2020).

En cambio, para muchos académicos, amuzgo significa “lugar de libros” (CDI, 2007). Un tiempo atrás, los *nn’an ncue ñomndaa* tuvieron que huir de la represión que ejercía la colonia española, así como de algunas catástrofes y enfermedades que se venían presentando durante el virreinato. Estos fenómenos hicieron que varias comunidades amuzgas huyan a diversos escenarios como la Sierra Madre del sur. Así, aprendieron a organizarse y asumir un papel activo con su entorno, es decir, tenían la noción de que el carácter colectivo estaba estrechamente destinada al cuidado de la naturaleza, porque ésta representaba vida, alimentación, seguridad y organización compartidas. Existía en el mundo amuzgo una temporalidad donde se conjugaban el trabajo (individual y

comunitario) y el mundo no-humano como formas fantásticas, tanto así que la naturaleza no era considerada como un aspecto distinto a su existencia, sino como parte de un todo. Actualmente, para los amuzgos este reconocimiento es válido y se aplica a gran parte de su vida cotidiana. Para ellos la tecnología y la naturaleza son considerados como parte de la comunidad y no como entidades distintas o diferentes, es decir, no existe diferencia alguna entre estos elementos excepto por la función social que cumple. El tractor, por ejemplo, al igual que un árbol o animal tiene el mismo concepto, porque forma parte del nosotros.

En la comunidad amuzga la gente cree que las enfermedades se dan por espanto o por brujería el cual es solicitado por alguna persona para causar el mal. Esto los obliga a seguir visitando donde el curandero, rezandero o *tsan calua'* para que descubra el padecimiento y la cura del enfermo (AGUIRRE, 2007, p. 45). Debido a la visión particular, los amuzgos consideran que el mundo está conformado por espíritus sobrenaturales masculinos y femeninos que controlan la vida de los hombres. Estos seres provocan la lluvia y la sequía, determinan la vida del grupo, provocan enfermedades y sus curas. Por este motivo, desconfían de la medicina moderna, pues es muy difícil que realicen una consulta o sigan un tratamiento con el especialista, porque existe toda una tradición para hacerse tratar de alguna enfermedad determinada.

Lunes, martes, miércoles y jueves lo manejaban como día de la enfermedad; día malo o día bueno; por ejemplo, como el día bueno lo han traducido como el día de la bendición. Cada día tiene su nombre y la actividad que puede hacer para sembrar se ocupan ciertos días, o sea, que en algunas actividades si se caractericen. [En otras palabras] hay cuatro días que se van repitiendo, por ejemplo, amaneció el día bueno, pero ya en la tarde es el día de la maldición. En la vida normal, si yo quiero hacer algo malo, es el momento indicado para desear algo malo a alguien. El día frío es pasado mañana, también es el momento indicado, para enfriar o quitar el rencor y, por último, el día de la enfermedad es un día que tengo una persona que no me quiere, puedo desearle algo feo, una enfermedad.

Y así empieza la semana. Por eso digo, que para la gente grande no existe un lunes, martes, miércoles (MOISES, COMUNICACIÓN PERSONAL, 20 enero de 2021).

Para los amuzgos no existen los días (gregorianos), la vida habitual no está atravesada por el tiempo cíclico o tiempo occidental, al contrario, la temporalidad es compartida y responde más al carácter comunitario. Esta representación del tiempo rompe con el tiempo del mercado. Por ello, para los amuzgos es importante pensar en las relaciones hombre-naturaleza, porque de ello depende el equilibrio entre días buenos (para la siembra o la cosecha) y malos (para la enfermedad). No puede haber mundo o vida sin la existencia entre lo humano y el mundo natural. Si una de éstas se agrieta o quiebra pervive la fractura, la crisis colectiva. La pandemia enuncia algo de esta ruptura y la tarea es reconstruirla.

¿Una nueva normalidad?

Durante el encierro social anunciado en marzo del 2020, en Xochistlahuaca las artesanas, al igual que los comerciantes y productores del campo, habían sido obligadas a dejar de vender sus bordados los días de feria, porque se aglomeraban muchas personas. A esto se sumaba el cierre de negocios, tiendas y espacios públicos que hizo que creciera el descontento de las comunidades cercanas a la cabecera municipal. Para el poder estatal, la única manera de amortiguar un posible desborde popular era regresando a la normalidad, pese a que la pandemia se traducía en muerte, incertidumbre y dudas sobre las medidas sanitarias impuestas. “Los amuzgos parecían mantener la serenidad cuando veían a turistas y negociantes de otros lugares paseando por la feria; pero, lo cierto es que el comercio, la economía y las relaciones de poder locales no serían como ocurría en otros tiempos” (NOTAS DE LIBRETA DE CAMPO, diciembre de 2020). Ahora se presentaban mayores dificultades: la visita de los foráneos era muy poco en

comparación con meses antes de que llegara la pandemia. Es más, los acaparadores aprovechaban para regatear los productos del campo, así como las artes textiles de los amuzgos.

Para levantar esto lo veo muy difícil, hacer lo que hacíamos antes. Ahora es de adaptarnos con las diferentes formas de vida. Hay mucha gente que tiene que venden sus productos a precios muy bajos. Estamos mal, la normalidad no la vemos nosotros. En las escuelas eso de la educación a distancia puede servir, pero en dónde haya disponibilidad de redes (MOISES, COMUNICACIÓN PERSONAL, 9 noviembre 2020).

Esta nueva gobernanza estaba golpeando a las comunidades indígenas de la Costa Chica y el único modo de hacer cara al sistema mundo y colonial era actuando de manera colectiva (QUIJANO, 2000; WALLERSTEIN, 1979). Los *nn'an ncue ñomndaa* tenían presente que al organizarse recuperaban su memoria ecológica y con ello su cultura. Cuando se reunían en las oficinas de la Comisaria Ejidal evocaban su conocimiento sobre las plantas medicinales como si se tratara de recrear y advertir catástrofes como la llegada de las enfermedades acaecidas en el nuevo mundo.

Por ejemplo, se sabe que en 1522 en Xochistlahuaca los amuzgos no solo fueron sometidos al trabajo forzado, sino también reducidos demográficamente. Es más, a finales del año 1582 solo se podía contar a 200 amuzgos, desde luego, esto se debía a las enfermedades que habían traído los españoles y la poca capacidad de controlar su expansión (CDI, 2007, pp. 16-17; AGUIRRE, 2018). Algo similar ocurría en nuestro presente, el coronavirus no era una enfermedad provocada por los *ñomndaa*, sino era el resultado de la destrucción del mundo natural e intersubjetivo lo que había generado la catástrofe sanitaria. Esto afectaba enormemente las actividades de los *ñomndaa* y ellos empezaban a impugnar las medidas tomadas por las autoridades. “A los burócratas no les interesa cuidar la salud o revalorizar la tradición, al contrario, lo más importante es mantener la economía de mercado a cualquier

precio, pero, para ello tienen que resguardar la vida o el valor del trabajo” (NOTAS DE LIBRETA DE CAMPO, agosto 2020). No en vano en abril del 2020, el presidente de la República anunciaba que el país debía entrar a una fase de restricciones y cierre obligado de diversos espacios públicos. Esto fue posible debido a que el día:

26 de marzo con 8 personas muertas y 585 contagiadas, sin que el país se hubiera acercado al pico epidémico, López Obrador anunciaba que el 19 de abril los mexicanos saldrían de la emergencia. Pero, causó más revuelo que unas semanas después, el 2 de abril, una vez iniciada la Fase 2 de la pandemia con mil 510 contagios y 50 muertos (INFOBAE 14. 05. 2020).

En Guerrero, el gobernador Astudillo señalaba que la pandemia estaba afectando a muchas localidades y por ello se decretaría una cuarentena obligatoria. Esto a raíz de que, según información del secretario de Salud, Carlos de la Peña Pintos, a inicios de la pandemia se tenía la siguiente información:

363 casos negativos, 94 sospechosos, 126 positivos, de los cuales, 35 son trabajadores de la salud, hay 14 defunciones y 40 personas recuperadas. [Además] Explicó que los 126 casos se concentran en 17 municipios de la entidad. Acapulco y Chilpancingo son los que concentran el mayor número de casos con 61 y 27, respectivamente (DESPERTAR DE LA MONTAÑA 20. 04. 2020).

El temor de que creciera el contagio no parecía llamar la atención de las autoridades, al contrario, la idea era resguardar el *orden de cosas* y con él garantizar la reorganización de la sociedad del mercado y el espectáculo (DEBORD, 2008). Lo dicho, pretendía ser una agenda importante en el sentido de que la atención médica se convertía en una cuestión vital, porque de esto dependía el retorno de los individuos a sus centros de trabajo. No obstante, la inquietud era cómo mantener la existencia del mercado sin dejar de lado el interés por el ser humano, porque dejarlo morir podría

convertirse en un mayor gasto. Así, por ejemplo, en Estados Unidos las autoridades señalaban que:

El coste de una vida humana perdida ronda los 9,3 millones de dólares, de modo que, si 500.000 estadounidenses fallecieran a causa del coronavirus, la pérdida económica ascendería a 4,6 billones de dólares, monto superior a la contracción del PIB esperada por mantener la economía hibernando todo un año (4,2 billones de dólares) (RAMÓN, 2020).

El presidente López Obrador tenía una postura similar a la mencionada, para él lo más importante era que la sociedad mexicana no cayera en una crisis económica. “No se les ha dado la importancia debida a estas medidas, desalentadas por el mismo presidente López Obrador que se niega a utilizar el cubrebocas y a confiar en lo que le han dicho y demostrado los expertos” (CABRERA, 2020). Si bien las condiciones en que recibía el control del poder estatal era ya un dilema, con la pandemia empeoraban las cosas. La puesta en marcha de los megaproyectos señalados por la Cuarta Transformación se veía condicionados por la curva de ascenso del coronavirus, pero esto no impediría su ejecución a pesar de arrasar con hábitats naturales y comunidades indígenas. El ejemplo claro fue la realización del proyecto Tren Maya durante el encierro social.

El coronavirus puso de manifiesto la línea divisoria entre las comunidades rurales y razón capitalista. Aun así, resulta interesante mencionar que los amuzgos han mitigado el impacto de una pandemia que en su fase inicial puso en vilo a muchos países del cono norte. Me parece que la cifra de muertes pudiera haber sido mayor, sino no fuera por las prácticas culturales y de sanidad llevadas a cabo por las propias comunidades. Algunas instituciones señalan, por ejemplo, que en zonas como Xochistlahuaca el número de casos confirmados de positivos COVID ascendía a 168 y solo se tenía 10 defunciones. Esta apreciación era relativamente baja considerando que la población de este municipio es de 28,000 habitantes (INEGI, 2021). En el fondo la cifra iba en aumento y los

datos oficiales subestimaban el alcance de coronavirus a las sociedades rurales (DATA CRÍTICA, 2020).

Ha sido importante desde el principio, el día 28 de marzo se da el primer caso en el estado, el día 30 se hace el filtro, lavado de manos, gel antibacterial. Se repartió los comunicados y las medidas que debemos llevar. Se utilizó la radio comunitaria en amuzgo y español. [A] los taxistas se les capacitó para el saneamiento de su vehículo, a los maestros también se les reunió y también se les aplicó una plática del virus. Diversos folletos, están dentro y fuera de la comunidad. Esto para informar al principio en el río [que] a nadie se le dejaba pasar si no tenían cubre bocas (PEDRO, COMUNICACIÓN PERSONAL, 10 enero 2021).

De este modo, el *¡Quédate en casa!* (mientras preparamos todo para que retournes a tu trabajo) se convertía en una consigna política actual que, además de detener la propagación de la enfermedad del coronavirus, hace uso de una vigilancia tecnificada de las poblaciones con el fin de que en un futuro muy cercano se pueda regresar a la nueva normalidad económica. Al respecto, Han (2020) sostiene que países como Japón, Corea o China las personas son obedientes y “confían más en el Estado”, es más, ellos:

[...] apuestan fuertemente por la vigilancia digital [...] Se puede decir que en Asia las epidemias no las combaten solo los virólogos y epidemiólogos, sino sobre todo también los informáticos y los especialistas en macrodatos. Un cambio de paradigma del que Europa todavía no se ha enterado. Los apologetas de la vigilancia digital proclamarían que el big data salva vidas humanas” (p. 99).

En Guerrero, es todo lo contrario. Los amuzgos no tenían creencia en el servicio de salud y mucho menos en el Estado. El descontento no se debía a la pandemia, tenía que ver más con el débil rol que juega el poder estatal en mejorar las condiciones de marginación, negación y abandono de las comunidades. Cuando algunos amuzgos acudían con los médicos para explicarles que

sentían dolor de cabeza o tristeza eran cuestionados o, simplemente, los enviaban a sus casas. En Xochistlahuaca no existía una muestra de inclusión desde adentro, sino un montaje político para mover el mundo de los mercados y mercancías bajo el esquema multicultural (Moreno, 2020). Las pocas oportunidades de encontrar un diálogo entre la medicina tradicional y moderna fueron dominadas por la razón neoliberal. “Cerca de Cozoyoapan se encuentra un hospital comunitario que funcionó durante un breve periodo, su estado actual es de caos y abandono. Si un día hubo intención de que existiera un hospital comunitario fue aplastado por los intereses dominadores del mercado y la política local” (NOTAS DE LIBRETA DE CAMPO, diciembre 2020).

Durante la pandemia, las autoridades de Xochistlahuaca se vieron obligados a diseñar políticas de sanidad local con la intención de aminorar los contagios por coronavirus. Sin embargo, la respuesta inmediata no vendría desde arriba o de parte del Estado, sino de la gente más vulnerable. En contra de las ideas de control, sanitización y cuidado de las poblaciones, la pandemia hizo que los amuzgos retomaran otras alternativas para acabar con el coronavirus. Esta respuesta se debía al hecho de que no había un plan de control real y efectivo para reducir los efectos mortales en las poblaciones indígenas. A comienzos del encierro social, en Xochistlahuaca los pequeños comerciantes y artesanos se habían negado a cerrar los negocios, porque consideraban que hubiera sido difícil soportar la cuarentena de principio a fin. Una medida rápida para salir de este problema era ayudando a las autoridades municipales e implementando varios operativos sanitarios como los filtros de seguridad a la entrada del municipio. En estas medidas de seguridad participaron:

Diversas dependencias municipales e instituciones de Salud, como son Seguridad Pública, Protección Civil, Tránsito y Vialidad, Desarrollo Urbano, Prevención al Delito, Salud Pública y Jurisdicción Sanitaria. Pero al día de ayer, solo se mantenían firmes en los filtros sanitarios los elementos de Seguridad Pública,

Protección Civil y Tránsito y Vialidad (EL FARO DE LA COSTA CHICA, 21.5.2020).

Una parte de la población se encontraba a favor de las medidas acordadas, pero, para otros el filtro era insuficiente para controlar la movilidad humana, pues el retorno de muchos indígenas y la poca capacidad de los centros de salud hacía que se expanda la enfermedad hacia otras comunidades.

Los médicos bajaban del sector salud, se enfocan solo a hacer su trabajo, pero como que el ayuntamiento faltó inyectar recursos a los médicos para decirle, yo te compro tus guantes, pruebas para COVID, que son, este, adecuados al detectar. Te compro unas 200, 300 o quinientas, porque estuvieron ingresando muchísimos hermanos amuzgos de afuera, ya que estaban trabajando en Jalisco, Monterrey y Ciudad de México. Pues, por lo mismo de la pandemia, empezaron a cerrar negocios y se regresaron a Xochis, y nada más les tomaban los datos, pero hasta ahí, no hubo como tal un filtro de protección para la comunidad. Esa parte, creo que faltó más por parte del ayuntamiento para inyectar a los médicos, equiparlos para tratar de identificar, mitigar esa parte (ALFREDO, COMUNICACIÓN PERSONAL, 12 marzo 2021).

Un entrevistado cuestionaba el papel de las autoridades locales y la falta de atención que se les había brindado a las comunidades amuzgas.

Ellos están de 8 am a 3 de la tarde, su jornada de trabajo, solo ven quienes entran y quienes salen. Pero, a veces no tienen los equipos para saber si tienen COVID. Desafortunadamente, en la montaña está muy crítica la situación, debido a que no creen y no hay apoyo como tal. Hay gente que se duerme sin comer y otros que sí, pero eso sí, cuando hay campañas, hay que esta despenza de parte de los partidos políticos (JORGE, COMUNICACIÓN PERSONAL, 28 noviembre 2020).

Otro relato reafirma lo expuesto en el sentido de que:

Realmente las autoridades se enfoquen directamente en lo que es la salud, que no es posible que haya centros de salud donde existen demasiadas carencias, que si tienen en verdad la intención que lo hagan bien, desde el personal como el equipo de trabajo. Y que si invierten más en educación y salud (ROGELIO, COMUNICACIÓN PERSONA, 18 noviembre 2020).

Dicho esto, la poca capacidad de los hospitales y centros de salud en atender a los pacientes con COVID-19, hizo que las familias decidieran atenderse en sus casas y hacer uso de la medicina tradicional. Cabe indicar que, si bien hubo ayuda del Estado en cuanto a repartición de víveres de primera necesidad se refiere, ésta solo duró poco tiempo. No todos fueron beneficiados con este programa, algunos cuestionaban que había preferencias por algunas familias.

El municipio pudo haber hecho más, pudieron tener mucho más control en la entrada. Estamos en septiembre [y desde un inicio, la enfermedad] estaba en otros lados, estaba ya con la pandemia. Aquí, decían que era un invento del gobierno para poder erradicar la población, o solo un invento para el miedo, sí, pero la misma desorganización del punto de entrada como hubo muchas personas que ingresaron, y que, pues desafortunadamente infestaron, Xochis, ahora hay muchas personas con la enfermedad (JOSÉ, COMUNICACIÓN PERSONAL, 22 enero 2021).

La ausencia de Estado se entiende a partir de su selección social y política del individuo, es decir, la vida es importante para este si logra ser parte de la reproducción del capitalismo (MBEMBE, 2011). En otras palabras, para el Estado no hay nada más valioso que la existencia de los individuos en tanto cosas y sujetos desechables que son. Debido a esta actitud, los amuzgos estaban en contra de las autoridades, porque hacía falta sensibilidad y atención a sus exigencias. De este modo, impusieron una temporalidad de articulación política y comunitaria frente a la dominación atribuida al poder municipal.

No hubo un apoyo a la comunidad, ya que para los negocios los obligó a cerrar y sin ningún sustento económico. Por otra parte, acepta que por parte de la población les hace falta concientizar la situación, ya que no utilizan las medidas de protección para un contagio. Menciona que ahora, ya las cosas se están normalizando, pero que no descarta la posibilidad de que se agraven las cosas nuevamente, aceptando a que sin la vacuna esto va a seguir igual o peor (CARMEN, COMUNICACIÓN PERSONAL, 20 febrero 2021).

Esta afirmación no es para menos, porque el secretario de Salud, López Gatell, señalaba a inicios del 2021 que la sociedad mexicana entraba a una etapa compleja que llegaría a inquietar la salud de las personas, así como de la economía y la vida diaria. Desde luego, esta aseveración se realizaba después de pasado un año de la pandemia. “Al menos hasta enero de 2021 [se] tendrá una fase de crecimiento”, pero la “pandemia seguirá en ascenso por lo menos hasta enero” sostenía el secretario López-Gatell (*LA JORNADA*, 01.12. 2020). Esto quería decir que existía toda una necesidad de reinventar la normalidad, aunque esto implicara excluir, marginar y segregar a las poblaciones.

Respuestas morales *ñomndaa*

Los *nn'an ncue ñomndaa* consideran que la naturaleza (la tierra, el hombre y las cosas no-humanas-artificiales) forma parte de su cultura, así como de su quehacer diario y colectivo. Durante los últimos años se han tenido que enfrentar a sequías, escases de agua, despojo territorial y constantes hostigamientos de parte de las élites locales que se han enquistado en el poder municipal. Esto ha sido motivo para que se organicen y se enfrenten a fenómenos internos y externos como la crisis sanitaria. Me refiero a la pandemia por COVID-19 y su relación con los procesos de exterminio del mundo natural/animal que afecta a las comunidades indígenas de Xochistlahuaca, quienes están tratando de rescatar a partir de sus experiencias la relación hombre-naturaleza, porque se han

generado cambios desde que se impuso la razón neoliberal. Esto ha provocado la aparición de mercancías y mercados de todo tipo, así como enfermedades, virus y bacterias que ha obligado a las comunidades a defenderse de aquello que el capitalismo considera como algo desechable: la vida.

Al respecto, varios colegas de México y América Latina consideran que la pandemia tiene que ser pensada a partir del campo epidemiológico de la zoonosis, es decir, la apropiación de la riqueza del entorno natural y la destrucción de muchos ecosistemas hace que se fragmenten las relaciones hombre-naturaleza y surjan enfermedades; pero, esto no queda allí, existe toda una intención para que este proceso continúe y la humanidad pueda retornar a un nuevo orden social o nueva normalidad más rápida, controladora y destructora que antes (ACUÑA et al, 2020; HAN, 2020). De otro lado, la pandemia del coronavirus no solo hace notar la poca capacidad que tiene el Estado en controlar esta enfermedad en las sociedades rurales, sino también evidencia la eclosión de las relaciones sociales capitalistas.

Por este motivo, los amuzgos se han visto en la necesidad de encontrar en la razón colectiva alternativas de sobrevivencia y respuesta a las transformaciones que están sufriendo sus territorios. Ellos protegen sus plantas, sus tierras, platican con los cerros en tiempos de crisis o cuando hay escases de lluvias, recurren a los sabios o curanderos para tratar sus enfermedades y se organizan para garantizar su alimentación. En realidad, esta rebeldía invisible, inexistente ante las formas clásicas de lucha, es una moral cuestionadora e histórica que nada a contracorriente del progreso y la desintegración de la humanidad y las ciencias triunfadoras (TODOROV, 1993). Las acciones, acuerdos y rechazos son algunas de las respuestas que han ido esbozando los amuzgos a la manera en que se ha ido controlando sociedad y legitimando las relaciones de dominación.

La gente aquí no cree como tal en el coronavirus. Al principio decían que era para imponer de parte del Estado, pero cuando ya

empezaron a enfermarse, uno que otro se empezó a cuidar, de que si hubo muertos si hubo, pero ¿dónde podíamos ir si aquí no tenemos nada? (CARMEN, COMUNICACIÓN PERSONAL, 20 agosto, 2020).

Esta afirmación retrata la relación de dominación que existe entre el Estado y las poblaciones indígenas de Guerrero. Hay que señalar que el nivel de marginalidad y pobreza en la cual se encuentran las comunidades amuzgas, al igual que los nahuas, tlapanecos y mixtecos se debe a este tutelaje político (SALAZAR, 2021). No en vano los habitantes de Xochistlahuaca señalan que el Estado está en deuda con el pueblo amuzgo, porque “nunca ha llegado el apoyo”. Acerca de esto un profesor bilingüe mencionaba que, si bien las comunidades estaban sometidas por los políticos y algunas familias, ahora “heredaban otro problema, porque se había incrementado la migración de jóvenes, así como el rezago educativo” (ALFREDO, COMUNICACIÓN PERSONAL, 15 de enero 2021). Esta expresión daba a entender el estado actual de los amuzgos, puesto que en Xochistlahuaca la migración ha sido importante para el envío de las remesas, sin embargo, con la pandemia los que se encontraban en Estados Unidos y los que no pudieron atravesar la frontera o se quedaron en el norte del país tuvieron que retornar. Al momento de incorporarse a la comunidad no pudieron encontrar trabajo, si alguien se enfermaba de coronavirus no podía donde hacerse tratar, porque no existían los medicamentos necesarios o, simplemente, no había personal médico suficiente para atenderlos. Ante esto, la respuesta inmediata de los amuzgos era recurrir a las plantas naturales para curar los síntomas del coronavirus. Asimismo, consideraban que la limpieza del cuerpo y el espíritu eran importantes para combatir esta enfermedad.

Cuando inició la pandemia. En abril del 2020, yo y mi esposa usamos limón y otras plantas, bueno, en realidad siempre hemos usado. Para nosotros no es nada nuevo eso que te obliguen a usar gel [antibacterial]. Luego de un tiempo, nadie quería usar

cubre bocas o gel, a mí no me dejaba respirar y mis manos se secaban (JOSÉ, COMUNICACIÓN PERSONAL, 17 febrero 2021).

Para el Estado la idea de limpieza (del cuerpo) implica orden, diferenciación y segregación, no toma en cuenta el consenso, la tradición o la participación de la gente en el control sanitario, excepto si se trata de resguardar el orden económico y social. Además, impone formas de actuar y vigilar la salud. La obligatoriedad de la “sana distancia” y uso de “gel antibacterial” se convierte en rechazo hacia el Otro y a sus modos de concebir el mundo. Cabe aclarar que, en abril del 2020, los amuzgos aceptaban las recomendaciones oficiales, es decir, usaban cubrebocas y mantenían el distanciamiento social, pero, antes de que en junio se levantara el aislamiento social, retornaron a la normalidad (dominadora), aunque eso implicara recurrir a otras formas de dominación.

Cuando visité Xochistlahuaca en el mes de octubre del mismo año, muchos decían que la situación era “la mejor después de tanto encierro”, los centros de salud, el mercado y algunos negocios atendían hasta cierta hora, no había restricciones como en un inicio. En esta ocasión, se podía pasar sin tantas restricciones por el filtro sanitario que se encontraba a unos kilómetros de la población y que estaba vigilado por trabajadores y policías del municipio. Las mujeres recuerdan que, meses atrás, las autoridades locales y estatales habían dado la orden para que los negocios y los espacios públicos se cerraran, pero hubo una retahíla de eventos como el desabasto, la falta de alimentos y medicamentos que hicieron que la gente retomara sus actividades sin temor a contagiarse de coronavirus. En su momento la idea de “no dejar pasar a nadie” era para evitar más muertes e infecciones, sin embargo, el retorno de los migrantes, comerciantes y turistas hizo que esta decisión se desmoronara en unas cuantas semanas.

De este modo, empezó a ascender de nuevamente la curva de la pandemia y con él las cifras de contagio que fueron encubiertas por las autoridades (DATA CRÍTICA, 2020). Tanto amuzgos como mestizos tenían temor de acudir a los centros de salud, porque

señalaban que allí nunca los habían atendido y, sobre todo, que se “oía que la gente empezaba a morir”. El personal de salud poco podía hacer, el Hospital Básico Comunitario, los 6 centros de salud y las casas de salud ubicadas en el municipio de Xochistlahuaca se encontraban saturados. Además, se desconocía de las pruebas rápidas para detectar si alguien padecía de coronavirus, no había oxígeno y mucho menos medicamentos para los pacientes.

Los amuzgos pensaban que el coronavirus era una “enfermedad del gobierno” y que estaba provocando ruptura entre ellos y su comunidad. Para hacerse tratar de la COVID-19 se hacían atender con el *tsa⁽ⁿ⁾ nch’a* o curandero. Él se encargaba de sanar las “enfermedades que no se podían ver” como el dolor de cabeza, la fiebre, el estrés y el miedo. “Se trataba de síntomas que indicaban que “algo no estaba bien y era por la cuarentena y lo mejor que se podía hacer era tratar de aprovechar en un sentido moral y responsable las cosas que otorgaba la naturaleza” (NOTAS DE LIBRETA DE CAMPO, octubre 2020). Esto daba a entender que los amuzgos disponían de un concepto único del cuerpo y el alma, de ningún modo se referían a éstos como una cuestión separada, al contrario, formaban parte de su existencia.

Dicha concepción contraria a la cartesiana la cual nos lleva a segregar, clasificar y diferenciar se manifiesta como una dimensión universal. En cambio, para un amuzgo esto no era posible, porque: “Tenemos que pensar en nuestro entorno y las cosas como parte de nosotros” (COMUNICACIÓN PERSONAL, 10 octubre 2020). Para los *ñomndaa* una palabra o concepto que define a una persona (en cuerpo y alma), animal o cosa tiene varios sentidos y significados que están articulados a los entornos biológicos y sociales. “Para los amuzgos no existe lo individual, sino el nosotros. La tierra al igual que los animales y las tecnologías son solo uno” (NOTAS DE LIBRETA DE CAMPO, noviembre 2020). Me parece que esta parte se explica a raíz de la experiencia humana, es decir, la gente se organiza y refuerza su identidad no solo para cuestionar el orden social y político, sino también para redescubrir el horizonte comunitario.

Durante los días de cuarentena, los amuzgos señalaban que la naturaleza podía curar las enfermedades no atendidas en los hospitales. Esto implicaba que podían retornar a la normalidad considerando los cuidados necesarios, sin embargo, el descrédito de parte de las autoridades traía consigo la exigencia de monitorear a las poblaciones indígenas a través de políticas de asistencia social. “El hecho de entregar víveres de primera necesidad, así como accesorios de limpieza, implica también registrar, borrar y reclasificar al individuo” (NOTAS DE LIBRETA DE CAPO, agosto de 2020). En otras palabras, para que los amuzgos sean acreedores de algún tipo de ayuda municipal, debían seguir todas las medidas indicadas por las autoridades. “En la comunidad más olvidada de Guerrero, la gente no podía aceptar indicaciones como quédate en tu casa o deja de trabajar”, al contrario, tenían que imponerse a una sociedad de mercado responsable de la destrucción de las relaciones humanas y naturales (NOTAS DE LIBRETA DE CAMPO, agosto de 2020. Dicho esto, la rebeldía indígena vista desde la lucha cotidiana se presenta en favor de la recuperación del organismo social y biológico. Se trata de una lucha moral en tiempos de crisis de las relaciones sociales capitalistas.

El rechazo en común

Después del cierre de las fronteras de Xochistlahuaca, los topiles o representantes comunitarios se organizaron y decidieron convocar a juntas de discusión. Los amuzgos empezaban a crear canales de comunicación más cercanos y recalcan que la pandemia podía ser controlada si se tomaba en cuenta el conocimiento tradicional que se tenía, desde luego, sin evitar las recomendaciones sanitarias. De esta forma, sin ánimos de quebrantar el poder local, los amuzgos empezaron a retomar la idea principal de la lucha desde abajo, quiere decir, el nosotros como potencia política e impugnación al nuevo orden social. La gente atendía las medidas impuestas por la Secretaría de Salud, pero también se organizaba para retomar las ventas e instaba a

recurrir a los curanderos o usar las plantas medicinales en caso de tener los síntomas de la COVID-19.

Nos organizamos, el día de feria salíamos ordenados. Las mujeres por un lado y nosotros por otro lado. Las tiendas y restaurantes tenían agua con jabón. Se ponía letreros en las calles para avisar a la gente que se cuidara. En un inicio aceptamos trabajar con el gobierno municipal. Pero luego hubo mucho problema, la ayuda se perdió. Muchos empezaron a desconfiar e hicimos lo que hacíamos antes, entender nuestras familias, trabajar nuestras tierras y cuidar nuestros animales (OSCAR, COMUNICACIÓN PERSONAL, 7 febrero 2021).

Otro amuzgo señala al respecto:

El presidente municipal dijo que nos ayudaría, nosotros seguimos igual. Usamos plantas que solo conoce mi abuela, las hervimos y hacemos otras cosas más para curarnos (EDUARDO, COMUNICACIÓN PERSONAL, 25 noviembre 2020).

La medicina tradicional, incluyendo el uso de sustancias derivadas de las plantas, se convierte en un medio importante para que los enfermos de COVID-19 se recuperen. La vida y la naturaleza son considerados por los amuzgos como una cuestión indisoluble, en caso de generarse una ruptura de las relaciones hombre-naturaleza podría emanar en conflicto. En efecto, para la comunidad amuzga la pandemia es asimilada como un conflicto, es decir, no se trata de un problema interno, sino es más bien un elemento exógeno que genera *caos* e incertidumbre social. En ese sentido, el único modo de restablecer el tejido social depende de la razón dialógica y el compromiso, aunque esto implique reclamar a la autoridad.

No puedes alejarte de tu tierra, de aquí comes y te da vida. Mira todo esto, cada vez es peor, ¿cómo podría estar solo en mi casa y dejar de hablarme con mi familia? Si para el gobierno nunca hemos existido.

¿Por qué ahora nos dicen que hagamos cosas cuando antes no sabían quiénes éramos? Éramos nadie (JORGE, COMUNICACIÓN PERSONAL, 12 octubre 2020).

En relación con esto, la idea de los nadie me parece interesante de saltar, porque retrata la voz (en plural) cuestionadora y, además, apela a una forma de violencia divina que pone en el centro la dignidad humana (BENJAMIN, 2007). Para Benyo (2017) se trata de un momento de construcción de lo social que promueve la desaparición de toda especie de dominación, en otras palabras, “resulta en su mera existencia una afrenta suprema al derecho que, a diferencia de otras formas de violencia que tratan de ser institucionalizadas con el fin de evitar males mayores, lanza sobre ella el anatema de propiciar la destrucción de la comunidad” (p. 91). A diferencia de la violencia legítima imperante, esta violencia humana nace de los miedos, silencios y recuerdos.

Nosotros nos apoyamos colectivamente, no nada más en la cuestión política, en todo. Antes, las comunidades y entre los pueblos originarios, cuando una persona iba a sembrar su parcela, entonces, tu compadre o tu vecino te acompañaban a limpiar tu parcela. En ese día tu esposa y tus hijos se encargaban de darles de almorzar y comer, porque te fueron a ayudar. Ahora quedamos, ¿cuándo te vamos a ayudar con las otras parcelas?, ¿cuándo limpiamos la tuya? Somos comunidad (ALFREDO, COMUNICACIÓN PERSONAL, 20 enero 2021).

Estas reminiscencias y experiencias en común lanzan una “luz de cosmos y de dilatación gloriosa” contra las formas destructoras de las relaciones hombre-naturaleza y brindan la pauta para repensar la política (DIDI-HUBERMAN, 2009, p. 8). Por este motivo, para los amuzgos es importante pensar en términos de posibilidad, de cercanía con la tierra y de riqueza natural con la que cuenta el ser humano. La reinención del mundo merece una reflexión a partir de estos desenlaces que condicionan la vida y el futuro de la humanidad. Ello es posible si se dimensiona al interior

de ésta no solo los desgarramientos sociales, sino también las anécdotas humanas, infrapolíticas y cotidianas (SCOTT, 1990). Es decir, como bien afirma Lukács (1994):

[...] la forma inmediata de la generosidad del hombre, [que] aparece como la base de todas las reacciones espontáneas de los hombres a su ambiente social, la cual a menudo parece actuar de una forma caótica. Pero precisamente por esto está contenida en ella la totalidad de los modos de reacción, naturalmente no como manifestaciones puras, sino más bien caótico-heterogéneas (p. 12).

Para comprender la rebeldía de los pueblos indígenas es necesario revisitar la historia con la intención de reafirmar que las dolencias de nuestro mundo son resultados de nuestra relación con el mundo no humano (LOWY, 2011; BOFF, 2017). Dicho esto, la moral de los *nn'an ncue ñomndaa* exige el reencuentro con nuestro entorno social y natural, porque el capitalismo no solo está destruyendo las relaciones humanas, sino también toda forma de existencia. No se puede ocultar el sufrimiento de los condenados de la tierra, señala Fanon (1994), porque al haber soportado el exilio en su propia tierra se ven obligados a cuestionar la afirmación de que la vida es menos que la muerte.

Referencias

ACUÑA, KENNY et. al. **Cartografías de la pandemia en tiempos de crisis civilizatoria. Aproximaciones a su entendimiento desde México y América Latina.** Ciudad de México: La Biblioteca, 2020.

AGUIRRE, IRMA G. **Amuzgos de Guerrero.** Pueblos Indígenas del México Contemporáneo. México: CDI, 2007.

AGUIRRE, IRMA G. **Monografía del pueblo amuzgo de Oaxaca y Guerrero.** México: CDI, 2018.

BENJAMIN, Walter. **Conceptos de filosofía de la historia**. Buenos Aires: Terramar, 2007.

BENYO, Javier. La(s) historia(s). Origen, repetición y diferencia. **ANACRONISMO E IRRUPCIÓN**. Vol. 6 N°11 noviembre 2016-mayo 2017.

BOFF, LEONARDO. **La sostenibilidad**. Qué es y qué no es. Ciudad de México, Ediciones Dabar, 2017.

CABRERA, ENRIQUETA. **Pandemia y economía, el largo camino 2020-2021**. Disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/enriqueta-cabrera/pandemia-y-economia-el-largo-camino-2020-2021>. Acceso el: 10 mayo 2021.

CONEVAL (CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL). **Informe anual. La situación de pobreza y rezago social 2015**. Xochistlahuaca, Guerrero. México: CONEVAL, 2015.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. **Base de datos indicadores**. Disponible en: 2010 http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indices_de_Marginacion_2010_por_entidad_federativa_y_municipio. Acceso el: 7 de mayo de 2021

DATA CRÍTICA. **México subregistró más de 9 mil casos de indígenas en datos oficiales de Covid-19**. Disponible en: <https://datacritica.org/portfolio/covid-19-mexico-oculto-casos-entre-indigenas/>. Acceso el: 10 de marzo de 2021

DEBORD, GUY. **La sociedad del espectáculo**. España: Pre-textos, 2008.

DESPERTAR DE LA MONTAÑA. Permanente el seguimiento a desarrollo del COVID-19 e incidencia delictiva en Guerrero. Disponible en: <https://despertardelamontana.com/guerrero/permanente-el-seguimiento-a-desarrollo-del-covid-19-e-incidencia-delictiva-en-guerrero>. Acceso el: 25 julio de 2020.

DIDI-HUBERMAN, GEORGES. **Supervivencia de las luciérnagas**. España: Abada, 2009.

EL FARO DE LA COSTA CHICA. **Instalan filtro sanitario en la ruta Ometepec – Xochistlahuaca.** Disponible en: <https://www.elfarodelacostachica.com.mx/2020/05/instalan-filtro-sanitario-en-la-ruta-ometepec-xochistlahuaca/>. Acceso el: 25 junio de 2020.

FANON, FRANTZ. **Los condenados de la tierra.** México D.F: Fondo de Cultura Económica, 1994.

HAN, BYUNG-CHUL. La emergencia viral y el mundo de mañana. En: SOPA DE WUHAN. **Pensamiento contemporáneo en tiempos de Pandemias.** Giorgio Agamben, Slavoj Zizek, Jean Luc Nancy, Franco “Bifo” Berardi, Santiago Lopez Petit, Judith Butler, Alain Badiou, David Harvey, ByungChul Han, Raul Zibechi, Maria Galindo, Markus Gabriel, Gustavo Yanez Gonzalez, Patricia Manrique y Paul B. Preciado. Buenos Aires: ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio), 2020. p. 97-112.

INALI (INSTITUTO NACIONAL DE LENGUAS INDÍGENAS). Catálogo de las Lenguas Indígenas Nacionales: Variantes Lingüísticas de México con sus autodenominaciones y referencias geoestadísticas. **Diario Oficial**, 31-108, 2008.

INEGI (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y GEOGRAFÍA). Visualizador analítico para el COVID – 19. Disponible en: <https://gaia.inegi.org.mx/covid19/>. Acceso el: 25 junio de 2021.

INFOBAE. **Cronología: las polémicas declaraciones de López Obrador sobre la pandemia de coronavirus en México.** Disponible en: <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/05/14/cronologia-de-una-pandemia-las-polemicas-declaraciones-de-lopez-obrador-sobre-el-coronavirus-en-mexico/>. Acceso el: 25 octubre de 2020.

LA JORNADA. **Pandemia seguirá en ascenso por lo menos hasta enero, reconoce Hugo López-Gatell.** Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2020/12/01/politica/014n1pol>. Acceso el: 8 de junio de 2021

- LOWY, MICHAEL. **Ecosocialismo. La alternativa radical a la catástrofe ecológica capitalista.** Buenos Aires, Ediciones Herramienta y Editorial El Colectivo, 2011.
- LUKÁCS, GYÖRGY. Prefacio. En: HELLER, Ágner. **Sociología de la vida cotidiana.** Ediciones Península: Barcelona, 1994. p. 9-14.
- MBEMBE, ACHILLE. **Necropolítica.** España: Melusina, 2011.
- MORENO, ULISES. Rural pandemic: The afterlives of slavery and colonialism in Costa Chica, Mexico. **Dialogues in Human Geography.** Vol. 10(2). London, 2020.
- NAVARRETE, ALINA. (22 noviembre, 2021). **Jornaleros indígenas de Guerrero; la migración para escapar de la pobreza.** Disponible en. <https://replicaguerrero.com/2021/11/22/jornaleros-indigenas-de-guerrero-la-migracion-para-escapar-de-la-pobreza/>
- OTA, GEN. Desenvolvimiento del pueblo indígena amuzgo de Xochistlahuaca en/entre lo “tradicional” y la “modernización”. **PLURIVERSIDAD.** 4. Lima, 2019.
- QUIJANO, ANÍBAL. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En. LANDER, Edgardo (ed). **La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales.** Caracas: Perspectivas latinoamericanas, 2020. p. 201-246.
- RAMÓN, JUAN. **¿Salvar vidas o salvar la economía?.** Disponible en: https://blogs.elconfidencial.com/economia/laissez-faire/2020-05-11/salvar-vidas-economia-desescalada-estado-alarma_2587920/. Acceso el: septiembre 2021.
- SCOTT, JAMES. **Los dominados y el arte de la resistencia: discursos ocultos.** México D.F.: Ediciones Era, 1990.
- TODOROV, TZVETAN. **Las morales de la historia.** Barcelona: Paidós, 1993.
- WALLERSTEIN, INMANUEL. **El moderno sistema mundial, tomo I.** México: Siglo XXI Editores, 1979.

Los *Nn'a'ncue Ñomndaa*: la pandemia por COVID-19 y las virtudes de lo cotidiano¹

Ever Sánchez Osorio
Manuel Garza Zepeda

Resumen

El texto trata sobre los amuzgos del estado de Guerrero, en México, autoidentificados como *Nn'a'ncue Ñomndaa*, quienes históricamente han enfrentado diversas batallas para subsistir: contra otros pueblos, epidemias y cacicazgos. La pandemia de COVID-19 no ha hecho sino lanzarlos a una nueva lucha. El gobierno mexicano lanzó una estrategia de mitigación de la pandemia que no diferenció ni regional ni culturalmente. En este sentido, las medidas de carácter universal no siempre fueron atendidas por los pueblos originarios. Sin embargo, esa respuesta puede explicarse en términos de relaciones históricamente construidas de dominación, explotación, pero también resistencia, y no de atraso o ignorancia. En este trabajo mostramos que la actuación de los *Nn'a'ncue Ñomndaa* frente a la pandemia es una expresión más de la lucha que les ha permitido la sobrevivencia: lucha en contra de relaciones de dominación y explotación.

Palabras-clave: Amuzgos, México, COVID-19, resistencia, vida cotidiana.

¹ La información, análisis y reflexión de esta propuesta surge a partir del proyecto No. 314603, "Diálogos intercienias en sistemas tradicionales de salud para la prevención, enfrentamiento y resiliencia de los *Nn'a'ncue* (amuzgos) ante la COVID-19" (RH-AMUZGOS). Proyecto beneficiado mediante la Convocatoria 2020 Redes Horizontales del Conocimiento, Programa de Apoyos para Actividades, Científicas, Tecnológicas y de Innovación del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), el cual tuvo la finalidad de desarrollar investigación en los temas y disciplinas de relevancia nacional vinculados con acciones inmediatas dirigidas a la contención y mitigación de la pandemia provocada por la enfermedad infecciosa COVID-19, con incidencia directa en la escala local.

Resumo

O texto trata dos amuzgos do estado de Guerrero, no México, autoidentificados como Nn'anncue Ñomndaa, que historicamente enfrentaram várias batalhas para sobreviver: contra outros povos, epidemias e chefias. A pandemia COVID-19 apenas os lançou em uma nova luta. O governo mexicano lançou uma estratégia para mitigar a pandemia que não se diferenciava regionalmente ou culturalmente. Nesse sentido, as medidas universais nem sempre foram atendidas pelos povos indígenas. No entanto, essa resposta pode ser explicada em termos de relações historicamente construídas de dominação, exploração, mas também de resistência, e não de atraso ou ignorância. Neste trabalho, mostramos que a atuação dos Nn'anncue Ñomndaa diante da pandemia é mais uma expressão da luta que lhes permitiu sobreviver: a luta contra as relações de dominação e exploração.

Palavras-chaves: Amuzgos, Mexico, COVID-19, resistência, vida cotidiana.

Introducción: la pandemia y las poblaciones indígenas

La pandemia por COVID-19 tomó por sorpresa al mundo entero, pese a que se habían lanzado advertencias acerca de esa posibilidad. La respuesta a la irrupción del virus fue complicada debido a raquíticos sistemas de salud estatal que han sido metódicamente desmantelados atendiendo a criterios privatizadores. En ese contexto, múltiples desigualdades sociales se hicieron evidentes o se expresaron de formas nuevas. La gravedad de la situación, con un virus del que no se conoce hasta ahora todo, provocó que desde instancias gubernamentales, organizaciones sociales e incluso instituciones internacionales se lanzara una voz de alerta respecto de poblaciones que, por su condición de pobreza, de falta de acceso a servicios públicos, incluido el cuidado de la salud, fueron consideradas como particularmente vulnerables. Sin embargo, la mirada sobre esas poblaciones ha ignorado una serie de aspectos relativos al desenvolvimiento de sus formas de vida: aspectos sociales,

culturales, tradicionales y políticos que constituyen mundos específicos según la geografía donde se encuentren.

Las indicaciones globales para la preservación de la salud, técnicamente instrumentadas, se aplicaron sin considerar una perspectiva intercultural y sin reconocer los saberes de los pueblos originarios. La mirada estatal supone que las poblaciones indígenas logran resolver sus problemas gracias a la intervención gubernamental y a pesar de sus propias prácticas “tradicionales”. En consecuencia, la atención a la problemática de la pandemia en esas poblaciones se reduce a la búsqueda de mecanismos con los cuales se logre la aceptación de las disposiciones gubernamentales. Se ignoran, así, sutiles modos de organización y luchas por la vida a partir del conocimiento, saber hacer y la reinención de prácticas consideradas como comunes en el mundo indígena: organización comunitaria, tradición y sistemas propios de salud. Por otra parte, esa mirada estatal ha configurado históricamente una relación particular entre los pueblos originarios, el Estado, sus organismos y otros espacios de poder, en la que aquellos resisten la imposición y mantienen sutilmente algunas prácticas ancestrales comunes.

Este capítulo trata sobre los amuzgos del estado de Guerrero, en el sur de México, autoidentificados como *Nn'a'ncue Ñomndaa*, quienes históricamente han enfrentado diversas batallas, por ejemplo: contra los mixtecos, la dominación española, los caciques, hasta epidemias como la viruela y el sarampión que casi los exterminan. En la actualidad, además del cacicazgo, libran batallas por los recursos naturales, la lucha por el agua, contra la extracción de conocimientos indígenas (telar y medicina tradicional). En tal contexto, la pandemia de COVID-19 no ha hecho sino lanzarlos a una nueva lucha. La enfermedad cobró vidas invaluable de médicos tradicionales, parteras, tejedoras y otros actores clave; sin embargo, sus prácticas continúan siendo observadas en una situación en la que tampoco la biomedicina tiene un tratamiento definitivo contra la enfermedad.

Para los *Nn'a'ncue Ñomndaa* la pandemia surge por el abuso de la mano del hombre sobre los recursos naturales, su explotación

irracional y el consecuente desequilibrio que genera una respuesta de la naturaleza. En la cosmovisión *Nn'a'ncue Ñomndaa* la naturaleza es parte intrínseca del sistema de vida, existe una simbiosis entre ellos y el mundo que los rodea, de esa relación surgen algunas explicaciones sobre lo que acontece en la vida ordinaria, en colectividad. De allí también se establecen normas de vida, procesos de salud-enfermedad y pautas de organización política que incluyen la forma en que se relacionan con las instancias estatales. En este sentido, pretendemos mostrar que la actuación de los *Nn'a'ncue Ñomndaa* frente a la pandemia es una expresión más de la lucha que les ha permitido la sobrevivencia: lucha en contra de relaciones históricamente construidas de dominación y explotación.

En ese contexto se expone en primer lugar la ruta que a nivel global llamó a la consideración de los grupos y pueblos vulnerables, incluyendo los pueblos originarios o indígenas. Este llamado insistió en elaborar planes para la contención de la pandemia a partir de un enfoque intercultural, respetando y considerando la realidad de los grupos sociales, integrando en la elaboración de la estrategia a líderes locales, médicos tradicionales, traductores e incluso líderes religiosos. Llamados que, como mostraremos, no siempre fueron atendidos. Después nos referiremos a la llegada de la epidemia al país, qué medidas se implementaron, lo lejos que estamos de otras experiencias en el mundo y cómo los *Nn'a'ncue Ñomndaa* enfrentaron la adversidad a partir de los recursos con que contaron.

Irrupción del virus SARS-COV-2 y la emergencia mundial

En los últimos meses del año 2021 se cumplirán dos años de la identificación de un nuevo coronavirus en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China. Los primeros datos referían a una cantidad preocupante de casos de neumonía que incrementaban aceleradamente, llegando en un mes a unos 35 mil (MUÑOZ, 2020). En los primeros días del año 2020 la Organización Mundial de la Salud

(OMS) informó del gran número de casos de neumonía y emitió las primeras publicaciones a la comunidad mundial y los medios de comunicación. Además, definió una serie de recomendaciones acerca de la detección de la infección, realización de pruebas de laboratorio y gestión de los posibles casos (OMS, 2020). De acuerdo con la cronología publicada por la OMS, fue asombrosa la velocidad con la que se identificó el virus causante de la enfermedad, se logró su secuenciación genética y se diseñó la prueba de laboratorio para el diagnóstico del nuevo coronavirus. Todo ello ocurrió en los primeros 15 días del mes de enero (OMS, 2020). Aunque para esas fechas los casos en China no llegaban al medio centenar, ya se habían detectado los primeros casos fuera del país.

Dado que el virus se había identificado en Wuhan y los primeros contagios fuera de China estaban relacionados con personas que habían estado en esa ciudad, las organizaciones mundiales, como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lanzaron una alerta epidemiológica que incluía recomendaciones a los viajeros internacionales. No obstante, para el 21 de enero de 2020 ya se había detectado el primer caso en el continente americano, en los Estados Unidos. Para fines del mes de enero se descubrieron casos en Europa y Medio Oriente (OMS, 2020). La OMS y otros organismos de salud internacionales emitieron recomendaciones a los países a fin de lograr la detección temprana de casos de contagio del nuevo coronavirus, así como para evitar el surgimiento de brotes.

En China, la estrategia de contención del nuevo coronavirus logró detener la propagación inicial, a partir de medidas consistentes en la rápida identificación de casos, el aislamiento de los positivos y fuertes restricciones a la movilidad de las personas, el cierre de fábricas y la construcción de hospitales especializados en tiempos récord (MUÑOZ, 2020). En el informe de una Misión conjunta de la OMS y China sobre la COVID-19, como oficialmente se llamó a la enfermedad causada por el virus denominado SARS-CoV-2, se señala que China desplegó una política muy meticulosa de identificación de casos y de contactos. Pone como ejemplo que en Wuhan más de 1800

equipos de epidemiólogos rastrearon decenas de miles de contactos de personas en un día (WHO, 2020).

El informe de la Misión conjunta de la OMS describe (WHO, 2020) las medidas adoptadas por las autoridades chinas durante tres fases del brote inicial, que consistieron, en la primera de ellas, la prevención de la exportación de casos desde Wuhan a otras regiones, la vigilancia, manejo de contactos cercanos de personas con infectados y pruebas de laboratorio para el diagnóstico. La segunda fase se orientó a la reducción de la intensidad de la epidemia y frenar el incremento en el número de casos. En la tercera fase destaca un enfoque basado en el control y prevención de riesgos mediante la adopción de medidas diferenciadas en las provincias y regiones del país (WHO, 2020).

A lo largo del informe publicado por la OMS se reconoce de manera reiterada la sorprendente velocidad con la que se actuó en China para identificar al virus, desarrollar pruebas de laboratorio para la detección, poner en marcha medidas de contención, detección de casos positivos, rastreo de contactos, construcción de hospitales para la atención de personas enfermas, difusión de información a la población en relación con el virus, cuidados y diagnósticos. De manera determinante el país desplegó el esfuerzo más ambicioso, ágil y agresivo de la historia en la contención de una enfermedad (WHO, 2020). Una estrategia que fue posible gracias al compromiso del pueblo chino frente a la amenaza del nuevo virus. Vale la pena destacar también del informe, el hecho de que en China se diseñaron y aplicaron medidas de contención de la epidemia ajustadas para los diversos contextos regionales e incluso locales, considerando las particularidades de la transmisión del nuevo virus en tales escenarios. Medidas que, además, se adaptaron rápidamente atendiendo al creciente conocimiento del nuevo virus (WHO, 2020).

Por otra parte, el informe reconoce que la velocidad con que se actuó en China difícilmente sería posible en otros países, dada la falta de una mentalidad y de recursos materiales adecuados para implementar la estrategia de contención de la COVID-19. A pesar de

ello, la OMS formuló recomendaciones a los países, diferenciadas por la presencia o no de casos de infección, que se basan en la idea de una planeación que hiciera posible la rápida actuación frente a brotes de la enfermedad. Su fundamento se encuentra en la descripción del nuevo virus como altamente contagioso y capaz de diseminarse a gran velocidad, causando grandes daños a la salud, la economía y la vida social (WHO, 2020). “La Misión conjunta insiste en que ‘para reducir la enfermedad y mortalidad ligadas a la COVID-19, la planificación de la preparación a corto plazo debe incluir la aplicación a gran escala de medidas de salud pública no farmacológicas’, como la detección y aislamiento de casos, el rastreo y seguimiento de contactos y su puesta en cuarentena, y la colaboración comunitaria” (OMS, 2020, s/p).

El 11 de marzo de 2020, la OMS llegó a la conclusión de que la COVID-19 podía considerarse una pandemia, atendiendo a los niveles de propagación de la enfermedad, así como la falta de acción de los gobiernos, agregando que «todos los países están a tiempo de cambiar el curso de esta pandemia» en la medida en que procedan a «detectar, realizar pruebas, tratar, aislar y rastrear, y movilizar a su población en la respuesta». (OMS, 2020, s/p).

Durante todo el año 2020 la OMS publicó una serie de documentos en los que de manera insistente llamaba a la acción de los gobiernos de los países, a los organismos internacionales y a las empresas privadas a tomar decisiones que permitieran contener la pandemia de COVID-19. La experiencia de los países en los que se observó inicialmente el surgimiento de brotes permitió al organismo mundial formular recomendaciones y proponer estrategias de acción nacionales e internacionales.

Las estrategias y recomendaciones, que obviamente se fueron modificando según se iban obteniendo mayores conocimientos acerca del virus, de las formas de transmisión y de su letalidad, atendían a las situaciones diversas en que se encontraban los distintos países y regiones. Así, las recomendaciones variaban de acuerdo con la presencia detectada o no de personas infectadas, y en el segundo caso, en función del grado de difusión de los

contagios: esporádicos, contagio de grupos o transmisión comunitaria (WHO, 2020).

En la actualización de la estrategia publicada en abril de 2020 (OMS, 2020a), la OMS enfatizaba en la necesidad de que los gobiernos formularan planes de preparación y acción frente a la pandemia, con la participación de organizaciones no gubernamentales (ONG) y de las comunidades, a fin de diseñar estrategias adecuadas a las condiciones particulares de las regiones subnacionales, de los grados de diseminación de la epidemia, y de las capacidades y recursos materiales disponibles para la detección de casos, la atención médica y la disminución de la mortalidad.

En particular, la Organización señalaba la necesidad de identificar a poblaciones vulnerables y de alto riesgo, con la finalidad de tomar medidas adecuadas, además de promover la participación de estas mediante la comunicación bidireccional de forma regular y transparente (OMS, 2020a). El llamado a la participación comunitaria es reiterado, reconociendo que solamente a partir de la participación informada de la población será posible reducir los efectos perjudiciales de las medidas adoptadas para la contención de la transmisión del virus. Así lo expresa el documento de la OMS (2020a, p. 8):

Las intervenciones participativas de la comunidad deben incluir información exacta sobre los riesgos, lo que aún se desconoce, lo que se está haciendo para encontrar respuestas, las medidas que están tomando las autoridades sanitarias y las medidas que pueden tomar las personas para protegerse a sí mismas.

Garantizar que las recomendaciones y comunicaciones mundiales se pongan a prueba y se adapten a los contextos locales es una parte esencial de la ayuda a los países para empoderar a las comunidades de modo que asuman la responsabilidad de la respuesta y el control de la pandemia COVID-19. Las poblaciones informadas y empoderadas pueden protegerse a sí mismas adoptando medidas a nivel individual y comunitario que reducirán el riesgo de transmisión.

Recapitulando, la OMS emitió documentos en los que reiteradamente llamó a los gobiernos nacionales a formular planes de preparación para contener la transmisión del virus en sus territorios, con la especificación de medidas adecuadas a los contextos subnacionales y en función de sus capacidades. Además, subrayó la necesidad de identificar poblaciones vulnerables, de la participación comunitaria en el diseño de las medidas para enfrentar la pandemia y del establecimiento de mecanismos de comunicación bidireccionales a fin de lograr la implementación de las medidas de prevención y de atención. En lo que sigue haremos una rápida valoración de la forma en que el gobierno mexicano respondió a esos llamados de la OMS.

La estrategia del gobierno mexicano frente a la COVID-19

En los últimos días de enero de 2020, ante el crecimiento de la epidemia de COVID-19 en China, y la identificación de un reducido número de casos en diversas regiones del mundo, el gobierno mexicano se manifestaba tranquilo frente a la amenaza del virus. El Subsecretario de Salud, Hugo López Gatell, declaró que era imposible evitar la propagación del virus y que finalmente llegaría al país. El presidente de la república, Andrés Manuel López Obrador, declaraba que el país no corría riesgos por la epidemia, pues era uno de los más preparados para enfrentar el virus, por contar con capacidad para diagnosticar la enfermedad y los medios técnicos para su atención (URRUTIA y MUÑOZ, 2020).

Tras la declaratoria de emergencia de salud pública internacional emitida por la OMS el 30 de enero de 2020, la Secretaría de Salud de México informó que la llegada de la enfermedad al país era inminente. Se informó también que existían preparativos previos para la atención de la situación, aunque al mismo tiempo se daba a conocer que el mismo 30 de enero se había determinado la instalación del Subcomité de Enfermedades Emergentes, que se haría cargo de la coordinación y respuesta frente a un eventual brote de COVID-19, e instruiría a los servicios

estatales de salud para que activaran sus propios comités. Se anunció también la realización de un diagnóstico de la situación de la infraestructura clínica y hospitalaria para la atención de casos de coronavirus, con la aclaración de que el mismo se encontraba ya en proceso (CRUZ MARTÍNEZ, 2020). Estas declaraciones optimistas contrastaban con la declaración del director de la Misión conjunta de la OMS en China, el médico Bruce Aylward, quien el 25 de febrero declaraba que el mundo “simplemente no está preparado para enfrentar a la epidemia” (LA JORNADA, 2020). Al mismo tiempo, la Subsecretaría de Salud de México aclaraba que las advertencias de la OMS respecto a la posibilidad de una pandemia estaban dirigidas a países que carecían de las capacidades para enfrentar la enfermedad, lo cual no era el caso de México, pues supuestamente aquí se contaba con los protocolos y la infraestructura para la atención cuando fuera necesario (URRUTIA y MUÑOZ, 2020a).

En estas condiciones, el primer caso confirmado de infección por el virus SARS CoV-2 fue detectado el 27 de febrero de 2020 en la Ciudad de México. Se trató de un hombre que había retornado al país de un viaje realizado a Italia y presentaba síntomas leves (SUÁREZ, 2020). A fines de febrero la Secretaría de Salud de México estimaba que unos 78 millones de personas podían contagiarse en el país, de las cuales entre 8 y 10 millones tendrían síntomas leves y hasta medio millón de personas desarrollarían una enfermedad grave. La estrategia para hacer frente a estas posibilidades se definió como de “mitigación” de la COVID-19, es decir, que se promoverían medidas de distanciamiento social, suspensión de actos masivos e instalación de filtros escolares una vez que se llegara a la fase de transmisión comunitaria (CRUZ MARTÍNEZ, 2020a). México, a diferencia de las recomendaciones de la OMS en el sentido de contener la diseminación del virus, apostó por una estrategia en la que simplemente se pasaría de una fase a otra sin tomar medidas agresivas para la prevención de contagios. Las fases se definieron así: la primera, desde el primer caso detectado hasta que los afectados se contaran por decenas, en

un plazo de aproximadamente 40 días; la segunda, caracterizada por la presencia de cientos de afectados, y la tercera con brotes regionales por todo el país y con miles de casos confirmados (CRUZ MARTÍNEZ, 2020a).

A principios del mes de marzo, mientras los contagios y las muertes por el nuevo virus descendían en China, que cerraba hospitales tras dar de alta a los últimos enfermos, en el resto del mundo los contagios en un solo día multiplicaban por nueve los detectados en China en el mismo lapso (LA JORNADA, 2020a). En México los casos sumaban apenas cinco y las autoridades consideraban que la epidemia no implicaba riesgos sanitarios, sociales o económicos en el país (CRUZ, et al, 2020).

Al detectarse los primeros contagios en México, las consideraciones de las autoridades en torno a la capacidad del país para enfrentar una fase de epidemia seguían siendo optimistas. La estimación del posible número de contagios en un escenario de epidemia en el país se mantenía relativamente baja e incluso, observando el descenso en el número de contagios y de muertos en China a principios de marzo de 2020, se consideraba que la letalidad del virus podría ser incluso menor a las estimaciones iniciales (ENCISO, 2020).

Ante el crecimiento exponencial del número de enfermos y de muertos por el nuevo virus, así como por su extensión a gran cantidad de países, la OMS declaró el 11 de marzo que el mundo se enfrentaba a una pandemia. Como resultado de la declaratoria de pandemia, se multiplicaron en diversos países las medidas orientadas a la contención del virus, como cierre de escuelas, de fronteras, cancelación de viajes aéreos, cuarentenas. En México, el escaso número de casos detectados hacia mediados del mes de marzo de 2020 justificó la ausencia de medidas agresivas para contener el virus, como la cancelación de actos masivos, el cierre de fronteras y aeropuertos o de escuelas, lo que ya ocurría en muchos países de Europa y Asia (LA JORNADA, 2020b). En cambio, el presidente de México recurría a saludos de manos, abrazos y hasta besos en sus giras de trabajo por comunidades de Guerrero y

Oaxaca (JIMÉNEZ, 2020; JIMÉNEZ, 2020a), a pesar de que, entre las medidas para prevenir el contagio, la OMS promovía expresamente evitar esas conductas.

El crecimiento explosivo de los contagios por COVID-19, particularmente en Europa, orilló al cierre de fronteras por 30 días a personas de países no europeos, así como a severas restricciones a la movilidad de las personas, incluyendo cuarentenas en Francia, Italia y España. Por su parte, el director de la Organización Mundial de la Salud llamaba a los países a incrementar los programas de detección del virus como la mejor estrategia para detener la pandemia: “Tenemos un mensaje simple para todos los países: exámenes, exámenes, exámenes” (LA JORNADA, 2020c).

La enorme diferencia en la situación de la epidemia en México, con respecto al número de contagios y de defunciones de los que se daba cuenta en Europa, condujo a una postura cautelosa del gobierno mexicano, que estimaba que la epidemia duraría aproximadamente 12 semanas en su etapa intensiva. El cálculo estaba fundado en la observación de lo ocurrido en China, aunque el subsecretario de Salud encargado del manejo de la epidemia en México, Hugo López Gatell, consideraba de manera sorprendente que la evolución en aquel país no necesariamente era resultado de las medidas extremas adoptadas para contener los contagios (URRUTIA y MUÑOZ, 2020b).

El máximo órgano para la toma de decisiones en materia de salud a nivel federal en México, el Consejo de Salubridad General, en la sesión extraordinaria celebrada el 19 de marzo de 2020 declaró a la COVID-19 como una enfermedad grave de atención prioritaria y aprobó el plan de preparación para enfrentar la pandemia elaborado por la Secretaría de Salud de México (CRUZ MARTÍNEZ, 2020b). Vale la pena señalar que, hasta ese momento, en las determinaciones tomadas por las autoridades del gobierno mexicano para enfrentar la pandemia no se observa que respondieran a las recomendaciones de la OMS en términos de buscar contener la enfermedad, pues aquí se hablaba de “mitigación” y no contención, además de que tampoco se consideró

que la realización de pruebas clínicas para identificar casos positivos formara parte de la estrategia, como lo recomendaba la OMS. Incluso, como señalamos anteriormente, las autoridades mexicanas consideraban que el comportamiento de la epidemia en China, donde para esas fechas prácticamente se encontraba en franco descenso, fuera resultado necesariamente de las medidas adoptadas por aquel país.

Sin embargo, y a pesar de que el país no se encontraba aún en la fase de transmisión comunitaria del virus, el 23 de marzo de 2020 inició la denominada Jornada Nacional de Sana Distancia, con el propósito de disminuir la tendencia de contagios y aprovechando la cercanía de las vacaciones de Semana Santa. Hasta ese momento el número de contagios confirmados no llegaba a los 400 y solamente se reportaban 2 personas fallecidas por la enfermedad (ENCISO L., ANGÉLICA, 2020a).

La Jornada consistía en la suspensión de actividades escolares presenciales, así como de actividades consideradas como “no esenciales”, la cancelación de actos masivos, la recomendación a la población de permanecer en sus casas el mayor tiempo posible, evitar aglomeraciones y mantener la distancia física en caso de ser necesario salir a la calle. Además, por supuesto, de las medidas de higiene como el lavado frecuente de manos, el uso de gel antibacterial, la “etiqueta respiratoria”, el saludo a distancia y quedarse en casa si se presentaban síntomas de la enfermedad (GOBIERNO DE MÉXICO, 2020). La Jornada se extendería del 23 de marzo al 30 de abril de 2020. El propósito, reiterado por el subsecretario de Salud, Hugo López Gatell, consistía en “aplanar la curva”, es decir, disminuir la aceleración de los contagios a fin de que éstos no superaran las capacidades de atención médica y hospitalaria del país. Pero no se habló de contener sino de mitigar, reducir la velocidad de los contagios, que se consideraron simplemente inevitables. Vale la pena resaltarlo nuevamente, no se habló de una estrategia de pruebas clínicas masivas, ni de rastreo de contactos de personas enfermas, aun cuando no se desarrollaba aún la etapa de transmisión comunitaria, a la que simplemente se esperó,

contando con la posibilidad de que su desarrollo fuera relativamente manejable. El gobierno mexicano reiteraba que la Jornada Nacional de Sana Distancia no implicaba confinamientos obligatorios, ni la imposición de penas por no respetar las medidas de prevención, sino que más bien se apelaba a la responsabilidad de las personas para observar las restricciones a la movilidad propuestas.

Sin embargo, para mediados de abril de 2020, tras valorar el comportamiento de la epidemia de Covid-19 en el país, se decidió la extensión de la Jornada Nacional de Sana Distancia hasta el 30 de mayo, es decir, un mes más de lo previsto inicialmente. Con la información disponible hasta ese momento, con poco más de 6 mil contagios confirmados y menos de 500 defunciones por la enfermedad, el gobierno mexicano planteaba la posibilidad de medidas diferenciadas regionalmente, de acuerdo con la presencia de la epidemia y el grado de transmisión existente. Así, se planteaba que en los municipios en que existiera baja o nula transmisión del virus, un total de 979, las medidas sanitarias podrían extenderse hasta el 17 de mayo, mientras que, en el resto, 1484 municipios, aquellas permanecerían hasta el 30 de mayo. Las proyecciones realizadas por el gobierno le permitían afirmar que la epidemia en México concluiría probablemente el 25 de junio de 2020, siempre que se mantuviera la observancia de las medidas de mitigación (VILLA Y CAÑA, MORALES y MIRANDA, 2020). La realidad mostraría lo poco certeras que resultaron las proyecciones del gobierno mexicano, que estimaba que el pico de contagios, unos 5 mil casos al día, ocurriría alrededor del 21 de mayo de 2020.

El 31 de mayo concluyó la Jornada Nacional de Sana Distancia con un registro de poco más de 90 mil personas contagiadas y casi diez mil fallecidas, es decir; una tasa de letalidad superior al 10%. Aunque las autoridades mexicanas reiteradamente han declarado que las tasas de letalidad entre los diferentes países no son comparables, debido a la diferencia en las estrategias epidemiológicas adoptadas, llama la atención que México ha mantenido tasas muy superiores en relación con otros países y con el promedio mundial. A mediados de junio de 2020 en el país se

registraba una tasa cercana al 12%, mientras el promedio mundial se estimaba en 5.4%. (EXPANSIÓN POLÍTICA, 2020). El gobierno mexicano ha intentado explicar las altas tasas de letalidad por Covid-19 en la alta prevalencia de padecimientos como diabetes e hipertensión arterial entre la población mexicana, lo que la hace propensa a una mayor gravedad de la enfermedad, así como incrementa el riesgo de muerte. Por otra parte, también se ha asegurado que la alta tasa de letalidad se explica en virtud de que en el país solamente se hacen pruebas a enfermos de gravedad, por lo que las cifras de personas contagiadas están por debajo del número real, lo que explicaría la alta tasa de letalidad (EXPANSIÓN POLÍTICA, 2020).

Las declaraciones acerca de un subregistro de muertes causadas por Covid-19, debido a que en algunos casos no existía la prueba confirmatoria de la presencia de la infección en las personas fallecidas, así como el reconocimiento de que empresas continuaban laborando aun cuando no se tratara de actividades esenciales (CRUZ MARTÍNEZ, 2020c), dan cuenta de una incapacidad gubernamental para garantizar el control de la propagación de la enfermedad. En este sentido, la posición del gobierno de no implementar de manera obligatoria las restricciones a la movilidad, sino solamente de “invitar” a la población a observarlas, le permitía justificar los rebrotes de la epidemia simplemente observando que la población no había atendido las recomendaciones oficiales.

Vale la pena recordar que la OMS había recomendado, a la luz del informe de la Misión conjunta a China en el mes de febrero de 2020, que las medidas adoptadas para la contención del virus fueran adecuadas a las situaciones locales, es decir, el diseño de medidas diferenciadas de acuerdo con el grado de transmisión que existiera en cada región. Sin embargo, la estrategia del gobierno mexicano fue regionalizar, no las medidas de contención y prevención de contagios, sino la decisión en torno a cuándo levantar dichas medidas. Es decir, las medidas adoptadas tuvieron un carácter único para todo el país, y solamente se planteó la diferenciación en términos de las fechas en que

se levantarían las restricciones, de acuerdo con la presencia o no de altos niveles de contagio.

Las recomendaciones de la OMS no solamente planteaban la necesidad de adoptar medidas diferenciadas regionalmente, sino también atender a poblaciones consideradas vulnerables y de promover la participación de la población en el diseño e implementación de las medidas, mediante procesos de comunicación bi-direccional. A continuación, veremos cómo se atendió en México la situación de las comunidades indígenas, desde la perspectiva de las medidas diferenciadas y la participación de ellas en su diseño e implementación para frenar la epidemia.

La atención a los pueblos indígenas en México

La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto de manera inmediata las grandes limitaciones existentes en los sistemas públicos de salud para enfrentar una emergencia de tal magnitud, como resultado de políticas neoliberales que paulatinamente habían ido desmantelándolos. Las múltiples formas de manifestación de las desigualdades sociales se hicieron aún más evidentes y otras parecieron aparecer repentinamente. En el primer caso nos referimos a las abismales diferencias en el acceso a servicios de salud, a servicios como el agua potable, drenaje, electricidad, redes de comunicación. En el segundo caso, la brecha digital evidenciada con la transición a las clases escolares en línea, así como a la modalidad del trabajo desde casa, puso de manifiesto de manera extraordinaria las desigualdades en el acceso a equipos de cómputo y conexiones de internet adecuadas para tales actividades. También se debe mencionar que los pueblos originarios del país se encuentran muy a la periferia de las capitales de los estados o polos de desarrollo económicos importantes: sus principales carreteras normalmente son de muy difícil acceso, accidentadas por curvas, barrancas, que en caso de fuertes lluvias se abren por la fuerza de corrientes de agua, se suman deslaves y

derrumbes que a veces, de manera natural, impiden el paso hacia las poblaciones y comunidades. De esta manera, en caso de alguna desafortunada eventualidad, como enfermedad o muerte, las personas se ven limitadas para llegar al hospital, centro de salud e incluso desarrollar algún trabajo fuera de la población; en las condiciones mencionadas, les resulta un doble esfuerzo. Además de la discriminación que sufren fuera de sus comunidades.

Desde el inicio de la emergencia sanitaria provocada por la pandemia se advirtieron los riesgos mayores que enfrentaban ciertas poblaciones consideradas vulnerables por su situación socioeconómica, como los migrantes, las personas en asilos o los refugiados. Y aun cuando inicialmente los documentos de la OMS no se refieren a las poblaciones indígenas, en América Latina y México en particular muy pronto se hizo evidente que las condiciones de pobreza, falta de acceso a la educación y servicios de salud, a medios de comunicación adecuados y carencia de servicios como agua potable y drenaje en que viven la mayoría de las poblaciones indígenas significaban un riesgo mayor para estas frente a la amenaza del nuevo virus.

Junto a estos problemas preexistentes, las organizaciones indígenas dieron cuenta también de las dificultades para conocer con precisión la forma en que la epidemia estaba afectando a sus poblaciones. El principal obstáculo en México radicó en que el sistema de salud no tiene la capacidad para ofrecer datos respecto al número de indígenas contagiados, enfermos, recuperados y fallecidos, dado que el único dato que se registra es el de si la persona atendida es hablante de alguna lengua indígena. No existe una definición de indígena y se la limita por tanto a la lengua, ignorando la adscripción por consanguinidad (RISIU, 2020).

La carencia de datos confiables acerca de los índices de contagio y de mortalidad entre los pueblos indígenas tiene como efecto que los organismos gubernamentales no adviertan la necesidad de diseñar estrategias particulares y adoptar medidas adecuadas a la situación particular de esos grupos de población. Sin embargo, la Secretaría de Salud se pronunció por la necesidad

de diseñar políticas con capacidad para reducir las desigualdades en la atención de la salud y que atendieran las especificidades culturales de los pueblos indígenas (RISIU, 2020). Al respecto, en el mes de mayo de 2020, el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI) del gobierno mexicano, publicó una *Guía para la Atención de Pueblos y Comunidades Indígenas y Afromexicanas ante la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19)*. En el documento se reconoce la vulnerabilidad de los pueblos indígenas y la obligación del Estado mexicano de garantizar el derecho a la salud de todos los habitantes del país. Sin embargo, no especifica algún tipo de medida particular que debería implementarse para enfrentar la mencionada vulnerabilidad. El documento se estructuró en torno a dos argumentos fundamentales: el respeto a la libre determinación y autonomía de los pueblos indígenas y la necesidad de que las medidas de prevención y atención de la enfermedad en ellos debe tener “pertinencia cultural”. En este sentido, se señala que la información sobre la epidemia debe ser traducida a las lenguas indígenas. Su difusión, así como todas las medidas relativas, deben ser implementadas con la referida “pertinencia cultural”, un término que en ninguna parte es definido con claridad.

Por otra parte, la exigencia de respeto a la libre determinación y la autonomía de los pueblos indígenas implica el establecimiento de mecanismos de coordinación entre las autoridades gubernamentales y las comunitarias, además del respeto a las medidas de contención decididas e implementadas por las comunidades indígenas y afromexicanas. En la atención de casos sospechosos o enfermos de COVID-19, se estableció el derecho a contar con un intérprete en su propia lengua para comunicarse adecuadamente durante su atención en Hospitales COVID (INPI, 2020).

La referencia a la “pertinencia cultural” de las comunicaciones dirigidas a los pueblos indígenas, así como en la adopción de medidas para el control de la propagación de la enfermedad, el planteamiento de la coordinación entre autoridades comunitarias y las del gobierno mexicano son muy generales. No se deriva de

ellos alguna medida específica, además de no se considerar la adopción de medidas diferenciadas de acuerdo con el nivel de transmisión del virus en regiones particulares. Es decir, solamente se trata de cómo deben ser atendidas las poblaciones indígenas en general, como si en todas ellas existiera exactamente la misma situación epidemiológica. Por otra parte, a diferencia de las recomendaciones de la OMS en el sentido de promover la comunicación bidireccional para la determinación de medidas de contención, se puede observar que solamente se alude a una coordinación en términos generales entre autoridades comunitarias y gubernamentales. En consecuencia, solamente se impone como necesaria la traducción de las medidas adoptadas por el gobierno mexicano a las lenguas indígenas, y por la otra se exige el respeto a las medidas adoptadas por los propios pueblos indígenas. En términos muy simples, las medidas las toma la autoridad y las traduce para los pueblos, o los pueblos las adoptan y el gobierno las respeta, pero de coordinación, nada. Esto será muy relevante más allá de los documentos, en las comunidades indígenas, pues no en todas ellas existió la posibilidad de adoptar medidas propias, y la traducción de aquellas definidas desde el exterior no fue necesariamente el mayor problema.

El gobierno mexicano ha considerado como de mayor relevancia la difusión de información sobre las medidas de prevención e higiene para mitigar la pandemia de COVID-19. En campañas a través de radio y televisión se promovió la necesidad de restringir la movilidad, del lavado frecuente de manos o el uso de gel antibacterial, evitar asistir a lugares concurridos y mantener buenas condiciones de salud. El uso del cubrebocas ha sido objeto de controversias, debido a que mientras la campaña oficial de la Secretaría de Salud del gobierno mexicano insta a su utilización, el Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Hugo López Gatell, además de no utilizarlo personalmente, declaró en múltiples ocasiones que su uso no es recomendable. El presidente de la República también se declaró en contra de la obligación de utilizarlo y personalmente tampoco lo utiliza.

Por otra parte, el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI) desarrolló una estrategia de comunicación a través de sus programas institucionales, y en particular a través de las 22 emisoras del Sistema de Radiodifusoras Culturales Indígenas (DIMAS, 2020), además de que en su página web ofreció información y documentos en diversas lenguas indígenas.

La información acerca del virus SARS-CoV-2 y la COVID-19, en particular las formas de transmisión, los efectos de la enfermedad y las consecuencias sobre el cuerpo se difundió con menor intensidad que aquella relativa a las medidas de higiene y prevención, así como la sintomatología asociada a la misma. Además, se presentaba de manera fragmentada por diversos medios de comunicación. En particular, la desigualdad en el acceso a los medios de comunicación electrónica ha implicado que sectores importantes de la población carezcan de información completa al respecto. En varias regiones del país no existe acceso a la televisión abierta, al internet ni a la telefonía celular, además de que en muchos hogares se carece de equipo de cómputo para el acceso a internet (DIMAS, 2020). Para hacer frente a esta situación, el INPI publicó un documento (DIMAS, 2020) donde incluyó información acerca de los diversos aspectos relacionados con el virus, la enfermedad, las formas de transmisión, las medidas adecuadas para la prevención, con el propósito de ofrecer a la población en general, pero particularmente a las poblaciones indígenas, una fuente de información en la que se concentró la mayoría de la que estaba disponible hasta ese momento (septiembre de 2020).

Uno de los propósitos fundamentales del documento, titulado *ABC de la COVID-19*, radicó en que la población comprendiera las medidas de prevención y vigilancia. La publicación, sin embargo, solamente se encuentra disponible en español en la página web del INPI. No es claro de qué manera con este documento se superan los problemas de falta de acceso a internet y la carencia de equipos de cómputo en muchos hogares del país, considerando que uno de

sus propósitos fundamentales es llegar a la población indígena (DIMAS, 2020).

Por otra parte, el *ABC de la COVID-19* reiteró las consideraciones de la *Guía para la Atención de Pueblos y Comunidades Indígenas y Afromexicanas ante la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19)*, en el sentido de referirse a la “pertinencia cultural” de las medidas para enfrentar la pandemia, el derecho de los pueblos indígenas a la libre determinación y a tomar sus propias medidas de prevención, a que la atención médica se realice atendiendo a sus especificidades culturales, en especial señalando el derecho de las personas indígenas enfermas a contar con un intérprete para facilitar la comunicación relativa a la atención médica. Sin embargo, no existe en ese documento una clara especificación de lo que significa la “pertinencia cultural” aplicada a las medidas de prevención de contagios. Dado el carácter del documento - informativo - no se mencionó tampoco a los procesos de coordinación entre autoridades gubernamentales y comunitarias a los que se refieren los documentos de la OMS y algunos del propio gobierno mexicano. Parece ser que ha resultado complicado trascender el nivel meramente declarativo de esos aspectos y convertirlos en prácticas concretas.

Como veremos en la siguiente parte de este trabajo, en el caso concreto de comunidades con presencia de población *Nn’anncue Ñomndaa* – amuzgos - no se encontraron evidencias de algún tipo de coordinación con autoridades comunitarias, ni de modificaciones que pudieran ser consideradas como la observación de la “pertinencia cultural” a que se refieren los documentos del gobierno mexicano. En cambio, se apreciará que la recepción de los esfuerzos del gobierno para mitigar la pandemia estuvo condicionada no por la falta de comprensión de las personas de las poblaciones indígenas sino por la configuración histórica de las relaciones entre dichas poblaciones y las instancias gubernamentales. Además, se observa la revalorización del conocimiento tradicional y de prácticas comunitarias, las cuales se reactivaron como medidas de apoyo (mutuo) para enfrentar al letal virus. Estas acciones estuvieron más

allá de las medidas técnicas instrumentadas desde el gobierno. Se recupera en ellas el saber hacer, el trabajo comunitario y colectivo de hombres y mujeres en contextos específicos. Como virtudes planteamos el conocimiento, saber hacer, lazos de confianza, tolerancia, perdón, reconciliación y resiliencia; como cotidianas nos referimos al día a día, lo común, “prosaicas y diarias, y no heroicas y excepcionales. También [...] espontáneas, y no premeditadas, y no aquellas que poseen un fin y una justificación racional. [...] las habilidades vitales, a la práctica adquirida con la experiencia, más que a un ejercicio de juicio moral o el resultado de una reflexión deliberada” (IGNATIEFF, 2018, pp. 49-50).

Los *Nn'a'ncue Ñomndaa* y la pandemia de COVID-19

Los amuzgos, autodenominados *Nn'a'ncue Ñomndaa*, se localizan en la Región Costa Chica entre los límites del estado de Guerrero y Oaxaca en México.² En Guerrero viven en los municipios de Xochistlahuaca, Ometepec y Tlacoachistlahuaca: algunas particularidades de las poblaciones es que en Xochistlahuaca casi el 90% de la población mantiene la lengua *Ñomndaa*, identidad, cultura y prácticas ancestrales; en Tlacoachistlahuaca, aunque la mayoría de la población se autoidentifica como indígena gobierna un pequeño sector mestizo; mientras que en Ometepec, la población amuzga que conserva la lengua y sus tradiciones es baja, se consideran como mestizos; es el centro económico, político y “moderno” de la Región Costa Chica del estado.

La región amuzga, principalmente los *Nn'a'ncue Ñomndaa* de Xochistlahuaca, comparte historias de conflictos por despotismo, abuso de autoridad y caciquismo. En torno a esas problemáticas se han registrado luchas por la tierra, por la democracia, la defensa del territorio a favor del medio ambiente, contra el uso y explotación irracional de los recursos naturales como el forestal,

² En Oaxaca los amuzgos viven en los municipios de San Pedro Amuzgo y Santa María Ipalapa. Este trabajo no pone atención en amuzgos del estado de Oaxaca.

fauna y el agua (GUTIÉRREZ, 2001). El ser *Nn'a'ncue Ñomndaa* (amuzgo) trasciende las formas convencionales de vida (organización social, economía y política), se vincula directamente a creencias y prácticas ancestrales tradicionales por los cuales se constituye otro mundo. Por ejemplo, existe una estrecha relación entre los hombres y el medio que los rodea, esto permite un equilibrio de vida en el territorio. Además de conocimiento y dominio sobre la enfermedad y sus padecimientos, a los cuales también les provee cura a partir de yerbas y plantas medicinales. Estas conceptualizaciones recrean las relaciones en la comunidad, lo colectivo, la lengua, los símbolos del telar, la agricultura, la vida inmediata. Aunque, de manera parcial, también van siendo minadas por una educación estandarizada, la aparición de partidos políticos, religiones y sectas que mecanizan los saberes y sus prácticas. La reproducción del saber, cultura y tradición *Nn'a'ncue Ñomndaa*, frente a conocimientos más occidentalizados han sido elementos por los cuales también son menospreciados.

La información para este texto fue recopilada – a través de trabajo etnográfico, entrevistas, mesas de diálogo, reuniones virtuales con actores clave y grupo de investigación- en los últimos tres meses del 2020 y principios del 2021, aunque por el vínculo de relaciones establecidas en la comunidad es posible conocer información que actualiza o registra nuevos datos. El trabajo tuvo lugar en los municipios Xochistlahuaca, Tlacoachistlahuaca y Ometepec, Región Costa Chica del estado de Guerrero, al sur de México, en el contexto de la contingencia sanitaria global causada por la pandemia de la COVID 19. Si bien nos referimos a poblaciones indígenas en las que se observan prácticas basadas en sus usos y costumbres tradicionales, también coexisten formas de vida adaptadas de la sociedad no indígena (como el uso de internet, teléfonos celulares, personas que realizan estudios de licenciatura y posgrado fuera de la comunidad). Por lo menos, estas otras prácticas, rompen con la construcción tradicional y de estereotipos de las poblaciones originarias. La población mantiene el uso de su lengua, así como tradiciones, costumbres y prácticas comunitarias

de vida que emergen de su cosmovisión¹. En situaciones normales, previas a la pandemia, la medicina tradicional y las prácticas basadas en el conocimiento biomédico coexisten entre la población, que recurre a ellas y las combina de manera pragmática. Aunque se reconoce los límites de cada una: la medicina tradicional opera en la subjetividad, aplica al corazón, al espíritu, al alma y retoma elementos físicos o no de la naturaleza; mientras que la biomedicina trata a partir de la objetividad de su campo, tratamientos y revisiones técnicas rutinarias medidas y estandarizadas.

Antes de iniciar la Jornada Nacional de Sana Distancia el 23 de marzo de 2020, se difundieron en todo el país las medidas de prevención. Sin embargo, y a pesar de la información que circulaba por prácticamente todos los medios de comunicación, era frecuente escuchar que algunas personas no creyeran, o bien en la llegada al país de la epidemia, o bien en la existencia misma de la enfermedad (BARABAS, 2021). En las comunidades *Nn'a'ncue* ocurría algo semejante. En la visita que realizó el presidente de la República, Andrés Manuel López Obrador a comunidades de la región de la Costa Chica, entre los estados de Guerrero y Oaxaca, incluida Xochistlahuaca, la población acudió masivamente, y el presidente ofreció abrazos, saludos de manos y besos (JIMÉNEZ, 2020). Un médico del sector salud informaba a la prensa, respecto a las recomendaciones que se hacían a las personas en relación con la visita del presidente, que “la gente lo tomaba como broma; le decíamos que no es así, que ya se están dando los casos y es muy en serio, pero no lo toma muy en serio la comunidad” (JIMÉNEZ, 2020). La actitud del presidente de la República no invitaba a tomar en serio la amenaza de la epidemia, pues como manifestó una autoridad municipal de la región, si la epidemia fuera tan “mortal, el gobierno ya hubiera tomado acciones” (JIMÉNEZ, 2020).

En testimonios recogidos en las comunidades en que se realizó el trabajo de campo se encuentran referencias en el mismo sentido: las personas no confiaban en la información gubernamental. El gobierno difundió información acerca de la epidemia, pero al mismo tiempo la población tenía acceso a las redes sociales, en las

que se podía encontrar una gran cantidad de hechos falsos o de argumentaciones respecto a la inexistencia de la epidemia o del virus. Las teorías conspiracionistas abundaban y para muchas personas las fuentes de información no oficiales resultaban más creíbles que las oficiales. En este sentido, es claro que las personas estaban más dispuestas a creer en aquellas fuentes a las que recurren habitualmente, e incluso a cadenas de mensajes reenviadas por WhatsApp, provenientes de personas que obviamente están entre sus contactos, aunque desconociendo el origen de los mismos, que en las informaciones provenientes de órganos gubernamentales. Las personas no creen en la existencia de la epidemia

Porque no le han dado información real, fidedigna, nadie ha ido a explicarles. La mayoría de la comunidad no tienen un nivel de preparación, preparatoria, licenciatura, sólo primaria. Luego se encuentran, de pronto, nos encontramos alumnos con mensajes encontrados, que nos llegan a través de los medios de comunicación, el internet, el Facebook, con mensajes encontrados de nuestras propias autoridades. Mensajes encontrados, tienen que usar... protegerse, pero no lo usan. Ustedes que son maestros, la educación lineal, nosotros hemos trabajado con proyectos que una de las claves de la educación es el modelo. Yo quiero que mi alumno salude, yo saludo. Yo quiero que mi alumno venga aseado, yo también; es más, es modelaje, de pronto que en las redes se ven, no hacen nuestras autoridades y no dan un ejemplo, pues entonces, cómo esperan a que las comunidades le hagan caso (ENTREVISTA A MAESTRO SERGIO³, 2020).

Pero no se trataba simplemente de una falta de información adecuada para una población con escasa formación escolar. Existía un rechazo activo a creer en las versiones oficiales:

Ahorita que empezó la pandemia, ahora sí que mis paisanos amuzgos todavía no lograban entender la dimensión, ya que les

³ Todos los nombres de los entrevistados son ficticios para preservar su identidad.

empezó a afectar apenas en junio. Ellos cuando empezó por marzo, todos los amuzgos decían que era simplemente una forma de cómo el gobierno podía engañar a la gente ya que, por crisis económica, ya que por todo eso empezaron a creer en eso mis paisanos. Claro yo como estudiante, como egresado apenas de una escuela, pues yo iba y yo trataba de platicar con los amuzgos, de decirles “no, es cierto, allá en la ciudad es diferente, muchos se están enfermado” y me decían “no, tú como vienes de la ciudad tú vienes contaminado, tú como estás allá estás contaminado de esa información, eso no es cierto” entonces platiqué no sólo con uno, con muchos, con mis abuelos, mis tíos y todos me decían casi lo mismo, me decían que eso era una táctica del gobierno, me decían que era una forma de engañar a la gente, entonces no creían, de hecho, apenas el 15 de julio hubo una fiesta... y todos... el presidente municipal de Xochistlahuaca quiso impedir la fiesta y no pudo porque toda la gente se le fue encima (ENTREVISTA A ESTUDIANTE JESÚS, 2020).

Ello nos habla claramente de la existencia de una relación entre las autoridades y las poblaciones indígenas caracterizada por la desconfianza. Han sufrido una historia de maltrato, de engaño y de discriminación que condiciona la credibilidad hacia lo que provenga de los gobiernos. Por lo demás, hay que tener en cuenta que el rechazo a la gravedad de la epidemia no necesariamente se limitaba a los pueblos indígenas, pues incluso académicos como Giorgio Agamben (2020) consideraban desproporcionadas las medidas tomadas frente a la nueva enfermedad.

Por otra parte, no solamente estaba presente la desconfianza hacia las autoridades gubernamentales, sino el hecho de que las medidas de restricción a la movilidad, la cancelación de actos masivos y la instalación de puestos de control sanitario se implementaron cuando no existían aún casos confirmados en las comunidades. Toma relevancia, en este sentido, el hecho de que el gobierno mexicano no hubiera establecido diferencias regionales en la adopción de las medidas, atendiendo a la situación diversa que se presentaba en las comunidades indígenas. Tampoco encontramos evidencia de que se hubieran realizado esfuerzos de

coordinación con las autoridades comunitarias para definir las medidas de contención cuando se detectaran los primeros casos. El carácter universal de las medidas implementadas significó que para los habitantes de las comunidades indígenas carecieran de sentido, y fueran vistas como una mera imposición. Más aún, cuando parecen haber carecido de la supuesta “pertinencia cultural” a la que se refieren los documentos oficiales para indicar las medidas sanitarias. La actuación de las autoridades mexicanas parece haberse limitado a garantizar que las decisiones oficiales fueran debidamente traducidas a lenguas indígenas.

Dado que las medidas de prevención llegaron a las comunidades antes que los contagios, la población enfrentó rápidamente el cansancio ante prácticas que, por una parte, le habían sido impuestas y a las que no necesariamente le encontraban sentido. Las personas no necesariamente entendían la recomendación del uso de cubrebocas, pues aun cuando se asegurara que el virus se transmite de persona a persona, no necesariamente era claro que ello ocurre a través de gotículas de saliva. Por otra parte, las restricciones a la movilidad, derivadas de la recomendación de quedarse en casa y solamente salir a la calle en caso necesario, ignoró que en las comunidades indígenas el sustento diario depende de las actividades que se realizan fuera de casa.

...se hicieron las cosas, desde mi punto de vista, de manera equivocada. Cuando inició esta situación, en los primeros días que se presentaron casos en las ciudades, hasta entonces aquí en el municipio se empezaron a implementar las medidas de prevención, y se hacía de tal manera que la gente sintió una opresión, porque se empezaron a cerrar negocios, a prohibir las reuniones masivas, todas las indicaciones de las autoridades federales, pero en ese tiempo acá en el pueblo nunca se vio un caso, se adelantaron muchísimo (ENTREVISTA A MAESTRO OVIDIO, 2020)

Hay que resaltar el hecho de que el rechazo a las medidas de contención derivó en gran medida (además de la incredulidad respecto a la existencia de la pandemia), de que las restricciones

para entrar y salir de sus comunidades en sí mismas no son cuestionadas, siempre que sean resultado de su propia decisión, fundada en la valoración de sus condiciones, y a partir de la deliberación colectiva. No se trató, pues, del rechazo a quedarse en casa o en su comunidad, sino al hecho de que las medidas no fueron decididas por ellos mismos y, por tanto, no podían sino ser recibidas como imposición. Así, por ejemplo, refiriéndose a comunidades indígenas de la Sierra Norte de Oaxaca, Alicia Barabas (2021) da cuenta de los procesos de toma de decisiones y de las medidas implementadas por las comunidades en los municipios en que operan sus propios Sistemas Normativos Internos, conocidos como “usos y costumbres”. Allí, las medidas fueron acatadas al haber sido adoptadas en la asamblea de la comunidad, además de que no se limitaron a las restricciones a la movilidad, sino que incluyeron la organización para proveer de elementos como agua y jabón en distintos puntos de la población, e incluso estrategias colectivas para garantizar la subsistencia ante el riesgo de escasez de alimentos (BARABAS, 2021).

Hay que precisar, sin embargo, que estas experiencias de decisiones colectivas no representan a la totalidad de las poblaciones indígenas en el país. El grado en el que subsisten estas prácticas colectivas varía enormemente, de manera que no es posible generalización alguna. Así, en el caso de las comunidades oaxaqueñas de la Sierra Norte la asamblea previó la posibilidad de escasez de alimentos como resultado de un cierre absoluto de la comunidad, sin permitir entradas ni salidas de la población, se exceptuó la prohibición a quienes vendían productos de primera necesidad en la comunidad y requerían trasladarse al exterior para abastecerse (BARABAS, 2021). En cambio, en comunidades *Nn'a'ncue* en las que se impuso el cierre absoluto, a los pocos días se terminaron los productos y fue necesario relajar las medidas de restricción de ingreso a la comunidad: “Finalmente, se cansaron las personas y ya hubo paso. Eso pasó en El Carmen que, cuando iniciaba eso, cerraron... pero a la semana que ya se había acabado todo, ya no había productos de primera necesidad, porque hasta con

eso no se podía permitir, y hubo comunidades que decían: ‘Sí entran solamente la gente de la comunidad y nadie más de fuera, traiga lo que traiga’” (ENTREVISTA A CAMPESINO JORGE, 2020).

A pesar de todo, la epidemia llegó a las comunidades de Xochistlahuaca. No fue notificada por el gobierno o por medios de comunicación, llegó en la niebla, una tarde oscura y como a los tres días se supo el primer caso, comentó una tejedora de Xochistlahuaca (Suljaa’). Puede afirmarse que los primeros casos no fueron registrados, por una parte, dado el rechazo de la población a aceptar la existencia de la epidemia, pero por otra en virtud de que sus síntomas eran semejantes a otros padecimientos de carácter respiratorio, y muy probablemente las personas los asociaban a resfriados o gripe común:

Primero la gente decía que no, la gente del pueblo decía que no había casos, que eso era un chiste, que eso era un invento, pero después nosotros fuimos sabiendo a través de otras personas que sí existían casos, que ya había casos, pero casos escondidos en las casas; que los pacientes no iban al hospital, y no iban al hospital porque decían que como personal de salud estamos matando a los pacientes y que a la vez es una enfermedad inventada por el personal de salud. Entonces ellos tenían miedo en cuanto a esos rumores, por eso no iban; pero ya después de eso empezaron a llegar al hospital, pacientes entre muy graves, muy complicados, entre pacientes que podían estar de forma ambulatoria en sus casas (ENTREVISTA A ENFERMERA CAROLINA, 2020).

De la misma manera que enfrentan otras enfermedades, muchas personas de Xochistlahuaca que contrajeron la COVID-19 recurrieron inicialmente a prácticas de la medicina propia, lo que desde el exterior denominamos “medicina tradicional”, como el consumo de ajo, té de limón con miel, de jengibre, de yerba santa o manzanilla (diferentes tipos de hojas, raíces y cortezas de árboles, que combinaban con algún tratamiento biomédico, según el síntoma de la enfermedad y el conocimiento sobre ella). Algunos asistieron a consultas con médicos privados, que recurrieron a prescribir

antibióticos, esteroides y diversos medicamentos según criterios particulares, dado que no existía un protocolo de atención definido para tratar la enfermedad. Para el caso de los médicos amuzgos, formados en ese campo, hacían una combinación entre la medicina propia y el conocimiento biomédico, respetando las creencias, prácticas y conocimientos de las personas. Muy pocos amuzgos llegaron a los hospitales públicos para recibir atención. Las razones son diversas: la desconfianza derivada de los rumores acerca de que el personal de salud estaba inyectando sustancias para producir la muerte de las personas, ya que conocían de casos en que algunas personas ingresaban al hospital con síntomas respiratorios y ahí fallecían; falta de conocimiento por el personal médico, de tradiciones, costumbres y lengua; la falta de recursos –materiales y económicos- para llegar a los centros de salud y hospitales. Por otra parte, el trato discriminatorio que han recibido históricamente por parte del personal médico debido a su pertenencia a pueblos indígenas, o bien el temor de no volver a ver a sus familiares dado que no se permitía el acceso a las áreas donde se encontraban pacientes de COVID-19. También se planteó la idea de que todo era un plan del gobierno para disminuir la población de la tercera edad, y así retirar el apoyo económico destinado a este sector.

La actitud de los médicos del sector público que laboran en las localidades con presencia de población *Nn'ancue* refleja la dificultad para comprender no solamente las prácticas basadas en especificidades culturales sino además la subalternización a la que se ven sometidas, lo mismo que la población que las practica. Expresan respeto hacia dichas prácticas, pero en su actitud se trasluce una incompreensión de las mismas, por lo cual simplemente deciden ignorarlas y actuar a partir del momento en que reciben a los pacientes:

Nosotros respetamos mucho la medicina tradicional, yo a mis compañeros les digo: si ya fueron tratados con médicos tradicionales o parteras pues hay que respetar. De antemano, si ellos buscan de primera intención a esas personas, es porque les tienen confianza, ya

no te metas en esa cuestión, simplemente te llega, diagnósticalo y trátalo. Entonces, pudiera ser que a lo mejor se retrasó un poquito en la atención, en el caso de la pandemia, pero hay pacientes que ya tienen factores de riesgo desde antes, la mayoría de los que han fallecido pues es gente adulta, hablando de mayores de edad y con comorbilidades: diabéticos, hipertensos, obesidad (ENTREVISTA A MÉDICO SERVANDO, 2020).

Se desprende de lo anterior que es probable que los médicos reprochen el hecho de que las personas decidan acudir primero a las prácticas de la medicina propia, y solamente cuando los pacientes no mejoran o se complican, acuden a los médicos del sector salud. Por ello la exhortación del médico a no intervenir en ello y limitarse al tratamiento. No resulta simple condenar las prácticas de la medicina propia para enfrentar la pandemia de COVID-19, que probablemente tengan eficacia para tratar los síntomas de la enfermedad. Pues no hay que olvidar que la biomedicina, hasta ahora, tampoco cuenta con un tratamiento definido para la enfermedad, orientándose también a tratar los síntomas.

En lo que sigue abundaremos en el significado de las prácticas mediante las cuales los amuzgos de las poblaciones en que se realizó el trabajo enfrentaron la situación de pandemia.

Virtudes cotidianas: narrativas de los *Nn'aⁿncue Ñomndaa* y el mal de la pandemia por Covid-19

Nuestra cultura está muy ligada a la tierra, al agua, a los árboles, en general nuestra relación y vínculo con la naturaleza es notable, por lo cual nuestra lengua y nuestras palabras se refieren mucho a ella. Para nosotros el monte es una unidad que decimos **jndaa**, de hecho hay un ente que decimos **tsaⁿ ts'om jndaa**, literalmente *ser corazón del monte* que es el que cuida el monte y todo lo que hay en ella, a quien debemos de pedir si queremos cazar algún animal silvestre y también quien nos castiga si actuamos mal, por ejemplo desperdiciar algún animal que hayamos cazado (VALTIERRA, ARANGO, 2012).

La pandemia de COVID-19 obligó a científicos, filósofos, tomadores de decisiones y de otros campos del conocimiento a explicar el suceso y en muchos casos a especular acerca del futuro. Según el ámbito del conocimiento surgieron un mar de respuestas que aumentaron los temores humanos en el contexto apocalíptico, que era alimentado por estadísticas numéricas de infectados y muertos por país, continente y el mundo. Además, el pánico aumentaba por las restricciones internacionales en aeropuertos, los cercos nacionales, las cuarentenas, la suspensión de actividades no esenciales y la capacidad de los hospitales que llegaban al tope. Toda la información era un espectáculo, viralizada en los medios y redes de comunicación más visibles asegurando su inminente llegada en cualquier momento, lo que llevó a diferentes despliegues de seguridad adaptados a criterios según capacidades de las naciones.

Dos filósofos que alentaron sobre la capacidad humana en el contexto de la crisis sanitaria global fueron Byung-Chul Han y Slavoj Žižek. Han (2020), respondiendo a los comentarios de Žižek, con relación al golpe del virus al capitalismo, aseguró:

El virus no vencerá al capitalismo. La revolución viral no llegará a producirse. Ningún virus es capaz de hacer la revolución. El virus nos aísla e individualiza. No genera ningún sentimiento colectivo fuerte. De algún modo, cada uno se preocupa solo de su propia supervivencia. La solidaridad consistente en guardar distancias mutuas no es una solidaridad que permita soñar con una sociedad distinta, más pacífica, más justa. No podemos dejar la revolución en manos del virus. Confiemos en que tras el virus venga una revolución humana. Somos NOSOTROS, PERSONAS dotadas de RAZÓN, quienes tenemos que repensar y restringir radicalmente el capitalismo destructivo, y también nuestra ilimitada y destructiva movilidad, para salvarnos a nosotros, para salvar el clima y nuestro bello planeta (párr. 22).

Reivindicó que sólo las personas, quizá autoorganizadas, tendrían la facultad de romper las formas capitalistas de vida, una

vez que tomen conciencia de que los efectos de la pandemia, ella misma, había sido consecuencia de prácticas humanas. Más tarde, con la vida entre las paredes, Žižek (2021) hablaba sobre la ética de la gente “corriente”, refiriéndose a la ayuda que durante la pandemia había recibido por parte de médicos, enfermeras y vecinos. El esloveno centró lo humano, a partir de la solidaridad, ayuda, reciprocidad y la experiencia de vida para superar la adversidad en tiempos de crisis. Lo cierto es que, aunque en pequeña escala, las virtudes como capacidad humana han estado presentes principalmente en contextos comunitarios, los cuales se han revitalizado y fortalecido a la sombra de la pandemia en el mundo. Capacidades que surgen a partir de la interacción humana, la vida en comunidad, que van más allá de políticas y de estrategias gubernamentales para enfrentar la crisis de salud global.

Para la población *Nn'aⁿcue Ñomndaa* la cosmovisión es parte elemental de su cohesión: prácticas ancestrales materializadas en su cultura, tradición, identidad y lengua. Se puede decir que, desde su conformación como pueblo, como en la época de la conquista y en epidemias -viruela y sarampión-, y luchas actuales, han enfrentado momentos difíciles a partir de los recursos que tienen a la mano y que, en circunstancias precisas, provienen de sus ecosistemas. En tiempos de pandemia estas prácticas, conocimientos y formas de aproximarse al mundo fueron revitalizadas. A partir de ese contexto, según Valtierra (2012), “los *Naⁿcue [tienen]* una forma muy particular y propia de vivir la vida, que es muy diferente a la de otros pueblos y que ésta se evidencia en [*la*] ⁴lengua, porque cada idioma refleja, por lo menos, una perspectiva diferente con el cual se mira, se vive, se convive y se nombra al mundo” (330).

Cuando los *Nn'aⁿcue Ñomndaa* supieron de la pandemia, la reconocieron como la enfermedad mala, “la enfermedad grave, una traducción más o menos literal, se cree que es eso, la enfermedad que anda rondando, no mortal, pero sí grave, mala” (ENTREVISTA

⁴ Cursivas nuestras.

A MÉDICO FAUSTO, 18 de octubre de 2020). Sin embargo, ante las campañas anticipadas para su prevención, los ancianos del pueblo recurrieron a los cerros sagrados en busca de protección contra el coronavirus, como en la comunidad de Huehuetonoc, Tlacoachistlahuaca. Allí los principales (ancianos) hacían oraciones en lugares específicos orientados a los puntos cardinales, con la finalidad de bloquear la entrada del virus que podía llegar a través del viento. Incluso, se mencionó su llegada a través de la niebla que cubrió al pueblo días antes del primer caso confirmado.

La enfermedad fue tratada según los síntomas, por procedimientos terapéuticos propios, principalmente tés a base de hojas, raíces y cortezas de árboles, los cuales eran combinados con medicamentos alópatas para síntomas comunes: dolor de cabeza, fiebre, problemas estomacales, etc. Tuvieron una función central los médicos propios⁵, principalmente yerberos, parteras, llamadores de espíritus, rezanderos, hueseros, que diagnosticaban según los síntomas que presentaban los pacientes. Algunos médicos amuzgos, con estudios profesionales, fusionaban el diagnóstico biomédico con la medicina propia respetando el conocimiento *Nn'a'ncue Ñomndaa*. Los centros de salud públicos y los hospitales fueron la última opción para la población: ellos observaban una desconfianza común de los médicos y enfermeros hacia sus prácticas, percibiendo poco respeto hacia ellas y sus tradiciones. Además, se señala, el personal médico no comprende la lengua *Ñomndaa*, haciendo más difícil la comunicación. De hecho, la difusión sobre la enfermedad y sus cuidados se tuvo que hacer en lengua *Ñomndaa* a través de anuncios por perifoneo, aunque al inicio se contó con el apoyo de la Radio Comunitaria *Ñomndaa*, la cual dejó de transmitir por un rayo que destruyó la antena. Una parte importante de la población, principalmente

⁵ Nos referimos a medicina y médicos propios en lugar de “tradicional”, dado que este adjetivo es impuesto desde el exterior y no es claro su significado, pues parece justificarse solamente en el hecho de considerar como “tradicionales” a los pueblos originarios que realizan tales prácticas.

adulta, no sabe leer, ni escribir y se les hace difícil el español, por esto las indicaciones de prevención se tenían que hacer en su lengua adaptando los elementos del entorno.

Las tradiciones y costumbres fueron motivos de enfrentamiento entre la población y las autoridades gubernamentales, principalmente el ayuntamiento y el sector salud. Si bien las celebraciones y reuniones públicas debían ser canceladas, seguían llevándose a cabo a pesar de las restricciones. Las fiestas patronales han sido impulso de reuniones familiares, amigos y de parientes que por ese motivo regresan de los Estados Unidos para convivir con la comunidad: además, la fe, a través de la religión católica, es central en la tradición. Razones por las cuales se escuchó, entre la gente adulta que, si era cosa de Dios, se iban a contagiar, insistiendo en diversos festejos religiosos y reuniones de misas dominicales. No se daba aprobación a que el virus tenga conciencia propia y busque alojarse en sus ojos, boca o nariz. El 10 de mayo de 2020, fecha en que se celebra el día de las madres en México, las autoridades ordenaron cerrar los cementerios para evitar más contagios. Sin embargo, la población quitó las puertas para evitar ese obstáculo, teniendo completo acceso al lugar, donde se reunieron llevando flores, comida y encendieron velas para convivir con sus madres fallecidas. Otro caso fue el del día de muertos, una tradición nacional que se celebra el 1ro de noviembre, donde la creencia señala que los muertos regresan para visitar a sus familiares, por lo tanto, se prepara comida, y degustaciones que en vida fueron del agrado del difunto. Se llevaron al cementerio velas, flores y prepararon altares para los difuntos, ya que de no hacerlo –según las creencias- sus almas pueden quedarse penando, tristes y sin camino de retorno. Varios de los síntomas de salud -después de ese evento- fueron resfriados y tos, principalmente en niños, que atribuyeron a que la temperatura bajó o que los espíritus dejaron algo de escalofrío, pues vinieron del “otro mundo”.

Con esas prácticas tradicionales los decesos aumentaron, pero las reuniones masivas continuaron debido a que ahora la población acudía a los velorios de familiares, amigos y conocidos. Estos eran

despedidos a través de misas, rezos, y finalmente, el camino al cementerio que se anunciaba por una banda que tocaba y cantaba mientras la población caminaba detrás del féretro. Era difícil para los *Nn'a'ncue Ñomndaa* no estar presentes hasta el último momento con el difunto, ya que en muchos casos habían compartido la niñez, habían crecido juntos y aprendido en ese mismo camino, en algunos casos eran personas muy apreciadas en la población. La pandemia los golpeó fuertemente llevando consigo a maestros, médicos alópatas y tradicionales, parteras y demás personas con un alto aprecio en la comunidad y región.

Todas estas celebraciones, entre ellas las fiestas patronales, son muy relevantes para los pueblos originarios, pues de acuerdo con Barabas (2021), tienen un carácter fundacional y constructor de identidades.

A pesar de los contagios y las defunciones, las medidas de prevención no se llevaban a cabo ya sea por necesidad o por tradición. Por ejemplo, después del cierre de los caminos principales a la población y de la supuesta cuarentena, la gente tuvo que salir a trabajar, si no moriría por falta de alimento. Principalmente aquellos que se dedican al comercio de frutas y verduras, textiles, transportistas o la venta de alimentos. De hecho, uno de los principales puntos de contagio fueron los sitios de taxis, pese a que los choferes padecían de los síntomas continuaron trabajando. La situación era difícil ya que en el contexto comunitario la gente estaba acostumbrada a reunirse, no estaba acostumbrada a usar cubrebocas, tenía que dar la mano para saludar, principalmente a los adultos; la pandemia comenzaba a fracturar el tejido social de la población.

Las mujeres comenzaron a sufrir por la angustia de que la enfermedad llegaría a sus casas y que contagiaría a sus familias. Temían que fueran ellas las que llevaran el contagio, pero también preferían ser ellas antes que ver con padecimiento a sus esposos o hijos. Ellas comenzaron a compartir recetas de tés y con qué tenían que hacer la combinación, lo preparaban de varias maneras según creencias o padecimientos que se presentaban. Se anticipaban

consumiendo principalmente té de jengibre u otras infusiones o tratamientos que estimularan la respiración o los pulmones. Trataban también de comer sanamente, productos agrícolas, aves y otras especies de animales de la región. A la alimentación atribuían que muchos de ellos hayan superado los padecimientos de la enfermedad, pues según algunos, un poco más de la mitad de la población fue afectada por la pandemia.

Otro sector de mujeres afectadas severamente fueron las tejedoras, algunas de ellas salían a las comunidades aledañas para comercializar el tejido o se establecían en el tianguis del domingo en Xochistlahuaca. Debido a la suspensión de actividades masivas comenzaron a vender a través de Facebook y WhatsApp, algunas de ellas que trabajan en cooperativas tuvieron que enseñar a otras mujeres el manejo del celular. Otras que no tenían ni celular se apoyaban de algún familiar o amiga para poder difundir y vender su trabajo. Muchas de ellas, por necesidad, vendieron el producto a menos de la mitad del precio acostumbrado, por trabajos que a veces duran meses, hasta un año en elaborarse. Hubo casos especiales donde las mujeres tejedoras organizaron rifas que beneficiaban a alguna de sus compañeras, principalmente por enfermedad u otras necesidades.

También se vio afectado el ámbito educativo en los niveles de primaria, secundaria y preparatoria. A partir de la COVID-19 las clases fueron en línea, órdenes establecidas desde arriba. Sin embargo, esa realidad no se acomodaba a la vida tecnológica de las poblaciones, donde la señal de internet o redes es inestable, a veces hay días sin luz eléctrica, no cuentan con celulares o computadoras, y todavía se volvía más difícil cuando los padres tenían más de un hijo en la escuela. Algunos niños y jóvenes asistían a los “café internet”, acudían al parque donde podía haber señal gratuita, subían a un cerro para tener señal o esperaban en un lugar específico a que el celular tuviera señal. La solidaridad y acción inmediata vino de los profesores: comenzaron a elaborar cuadernillos con actividades y tareas específicas. Desobedeciendo las órdenes estatales citaban a los padres o alumnos cada quince

días, para explicar el procedimiento que debían seguir. En otros casos resultaba difícil, ya que los papás no saben leer o escribir, se les olvidaba el procedimiento recomendado y los alumnos no avanzaban. Un último esfuerzo fue que los maestros llevaban a casa de los alumnos los cuadernillos y les explicaban el procedimiento, realizándolo así cada quince días. Era tiempo que los maestros invertían para elaborar los manuales, sacar copias, visitar a los alumnos, ir a la escuela, etc., hasta aportar económicamente en las copias y productos de higiene para los alumnos en la escuela.

Diferentes acciones locales, basadas en la comunidad y solidarias fueron revitalizadas para enfrentar de un mejor modo las adversidades de la pandemia. Más allá de las órdenes gubernamentales de política y de salud descontextualizadas de los mundos de vida de las poblaciones originarias, en este caso de los *Nn'a'ncue Ñomndaa*. Se observaron en esta región, principalmente en Xochistlahuaca (Suljaa'), sentidos de comunidad, solidaridad, resiliencia y esperanzas que parten del saber hacer y ser de la población.

A modo de conclusión

La irrupción de la pandemia de COVID-19 en el mundo, a inicios del año 2020, trajo consigo la preocupación por los riesgos particulares que enfrentan poblaciones vulnerabilizadas por sus condiciones de pobreza y subordinación, como los pueblos indígenas. Para hacer frente a esos riesgos, las organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas llamaron a los gobiernos a establecer políticas diferenciadas que permitieran evitar que la COVID-19 causara estragos entre estas poblaciones. Esa iniciativa debía considerar la cosmovisión, prácticas tradicionales y formas de vida de las poblaciones. Incluso se recomendaba incorporar a esta tarea a líderes locales, intermediarios culturales, traductores locales y médicos tradicionales; juntos tenían que construir alternativas para superar la emergencia sanitaria que comenzaba a

vivir el mundo. En el caso de México, organismos gubernamentales como el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas y la Secretaría de Salud de manera reiterada señalaron que las medidas adoptadas para la contención de la pandemia debían aplicarse con “pertinencia cultural” y en un marco de respeto a la libre determinación y autonomía de los pueblos indígenas.

No obstante, tales consideraciones, en la práctica no es posible identificar de manera clara cuáles han sido las adecuaciones en términos de “pertinencia cultural” de las medidas que fueron implementadas en realidad de manera universal. La preocupación fundamental del gobierno mexicano se centró en lograr que la información llegara a las poblaciones indígenas, por lo que la traducción a las lenguas indígenas pareció ser la estrategia más relevante. Pero a la luz de lo observado en las comunidades en que se realizó el trabajo de campo a que se refiere este texto, los esfuerzos gubernamentales no lograron tener el efecto esperado. Esto se explica porque las medidas fueron adoptadas desde las instancias gubernamentales sin la participación de las propias comunidades. Además, se pretende que la falta de respuesta a las medidas preventivas está relacionada con el atraso o la falta de acceso a la información, ignorando toda una historia de discriminación, humillaciones y rechazo que sufren las personas de comunidades indígenas por el personal de los servicios públicos de salud. Sus prácticas de salud, basadas en la medicina propia, son consideradas como no científicas y, por tanto, como condicionantes de complicaciones médicas al impedir que los pacientes reciban atención oportuna. Se suma también la desconfianza de la gente al sistema de gobierno y los partidos políticos, los cuales, en la región amuzga, principalmente en Xochistlahuaca, se vinculan al autoritarismo, cacicazgos, violación a los derechos humanos y antidemocracia.

Sin embargo, y pese a que las tasas de letalidad entre la población indígena, de acuerdo con la última información disponible, es mucho más elevada que las tasas nacionales e internacionales de letalidad causadas por la COVID-19 (superior al 15%, mientras a nivel nacional es cercana al 9%, y a nivel mundial ronda en torno al 5%), no puede

negarse que entre las poblaciones indígenas existen formas de vida que despliegan cotidianamente y que les han permitido superar históricamente diversas amenazas a su existencia, como epidemias, pero también como los cacicazgos y el despojo de su territorio, así como los ataques a sus formas de organización de la vida cotidiana. Como en otros tiempos de la historia, los *Nn'a'ncue Ñomndaa*, basándose en sus prácticas tradicionales, médicas y de comunidad han enfrentado a la pandemia con los recursos que tienen a la mano, fortaleciendo lazos comunitarios y su saber ser-hacer en este mundo.

Referencias

AGAMBEN, Giorgio. La invención de una epidemia. En Giorgio Agamben, Slavoj Žižek, Jean Luc Nancy, et. al., **Sopa de Wuhan**. Ed. Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. 2020.

BARABAS, Alicia. La autogestión de la pandemia COVID-19 en los pueblos originarios de Oaxaca, México. **Revista Cuadernos del Sur**, Año 26, núm. 50. Oaxaca, México: UABJO, CIESAS, INAH. 2021. Disponible en: <https://cuadernosdelsur.com/revistas/50-enero-junio-2021/>.

CRUZ, Ángeles; JIMÉNEZ, Néstor; URRUTIA, Alonso, DÁVILA, Israel y CHÁVEZ, Silvia. “En el país no existe amenaza en términos sanitarios: López Gatell”. **La Jornada**, 3 de marzo de 2020, p. 3. 2020. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2020/03/03/politica/003n2pol>.

CRUZ MARTÍNEZ, Ángeles. “Alta posibilidad de que pronto llegue al país el coronavirus: SSA”. **La Jornada**, 31 de enero de 2020. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2020/01/31/politica/005n1pol>.

CRUZ MARTÍNEZ, Ángeles. “EL COVID-19 podría afectar ‘gravemente’ a 500 mil personas en el país: SSA”. **La Jornada**, 28 de

febrero de 2020. 2020a. p. 3. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2020/02/28/politica/003n2pol>.

CRUZ MARTÍNEZ, Ángeles. “Determinan al Covid-19 nueva enfermedad grave”. **La Jornada**, 20 de marzo de 2020 p. 3. 2020b. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2020/03/20/politica/003n1pol>.

CRUZ MARTÍNEZ, Ángeles.” Contagio acelerado: suman 101 mil 238 infectados y 11 mil 729 decesos”. **La Jornada**, 4 de junio de 2020, p. 5., 2020c. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2020/06/04/politica/005n3pol>.

DIMAS HUACUZ, Bertha. **ABC de la COVID-19**. Prevención, vigilancia y atención de la salud en las comunidades indígenas y afroamericanas. México: Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas. 2020. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/10/ABC-de-la-COVID-19-ebook-Bertha-Dimas-Huacuz-INPI-2020.pdf>.

ENCISO L., Angélica. “Hay suficientes insumos para casos importados de Covid-19: Ssa”. **La Jornada**, 6 de marzo de 2020, p. 10. 2020. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2020/03/06/politica/010n1pol>.

ENCISO L., Angélica. “Ya son 316 casos confirmados; hay tres personas entubadas”. **La Jornada**, 23 de marzo de 2020, p. 3. (2020a). Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2020/03/23/politica/003n1pol>.

EXPANSIÓN POLÍTICA. “México ocupa el tercer lugar a nivel mundial en letalidad por coronavirus”. **Expansión política** (online). 19 de junio de 2020. Disponible en: <https://politica.expansion.mx/mexico/2020/06/19/mexico-ocupa-el-tercer-lugar-a-nivel-mundial-en-letalidad-por-coronavirus>.

GOBIERNO DE MÉXICO. **Jornada Nacional de Sana Distancia**. 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/541687/Jornada_Nacional_de_Sana_Distancia.pdf.

GUTIÉRREZ, Miguel **Déspotas y caciques**. Una antropología política de los amuzgos de Guerrero. México: Universidad Autónoma de Guerrero. 2001.

HAN, Byung-Chul. La emergencia viral y el mundo de mañana. Byung-Chul Han, el filósofo surcoreano que piensa desde Berlín. **El país**. 2020. Disponible en <https://elpais.com/ideas/2020-03-21/la-emergencia-viral-y-el-mundo-de-manana-byung-chul-han-el-filosofista-surcoreano-que-piensa-desde-berlin.html>.

IGNATIEFF, Michael. **Las virtudes cotidianas**. El orden moral en un mundo dividido. España: Taurus. 2018.

INPI. **Guía para la Atención de pueblos y comunidades indígenas y afroamericanas ante la Emergencia Sanitaria Generada por el Virus SARS-CoV2 (COVID-19)**. México: Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas. 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/551398/guia-atencion-pueblos-indigenas-afroamericano-covid19.pdf>.

JIMÉNEZ, Néstor. “Persiste el contacto del Presidente con la población, a pesar del coronavirus”. **La Jornada**, 15 de marzo de 2020, p. 7. (2020). Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2020/03/15/politica/007n2pol>

JIMÉNEZ, Néstor. “AMLO: pandemias y terremotos ‘no nos van a hacer nada’.” **La Jornada**, 16 de marzo de 2020, p. 2. (2020a). Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2020/03/16/politica/002n1pol>.

LA JORNADA. “El mundo no está preparado para la epidemia del COVID-19: OMS”. **La jornada**, 26 de febrero de 2020. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2020/02/26/mundo/022n1mun>.

LA JORNADA. “El COVID-19 nos coloca en un ‘territorio inexplorado’: OMS”. **La Jornada**, 3 de marzo de 2020, p.3. (2020a). Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2020/03/03/mundo/022n1mun>.

LA JORNADA. “EL Covid-19 afecta ya a 167 mil personas; en Europa, 105 millones en cuarentena”. **La Jornada**, 16 de marzo de 2020, p. 3. 2020b. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2020/03/16/politica/003n1pol>.

LA JORNADA. “Insta la OMS a países a intensificar la detección”. **La Jornada**, 17 de marzo de 2020, p. 5. 2020c. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2020/03/17/politica/005n1pol>.

MUÑOZ, Elisa. Por qué China es un ejemplo de contención del coronavirus y el resto del mundo “no está listo”. **Cadena SER** online. 2020. Disponible en https://cadenaser.com/ser/2020/03/07/internacional/1583569957_657757.html. Última consulta: 22 de septiembre de 2021.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID 19**, 29 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Actualización de la estrategia frente a la COVID-19**. 14 de abril de 2020. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf.

RISIU. **Contribución Continental al Informe del Relator Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas sobre el Impacto de COVID-19 en los pueblos indígenas**. Compilación de diecinueve contribuciones de países de Las Américas. México: Red de Investigaciones Sobre Indígenas Urbanos, 19 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2020/07/Compilación-Contribuciones-Pa%C3%ADs-19-06-2020-Completo.pdf>.

SUÁREZ, V, M, SUÁREZ QUEZADA, S. RUIZ Oros y RONQUILLO DE JESÚS, E. **Epidemiología de COVID-19 en México**: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. DOI: 10.1016/j.rce.2020.05.007.

URRUTIA, Alonso y MUÑOZ, Alma E. "El coronavirus llegará a México, eso es seguro: López Gatell". **La Jornada**, 29 de enero de 2020. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2020/01/29/sociedad/032n1soc>.

URRUTIA, Alonso y MUÑOZ, Alma E. "México tiene la fortaleza para hacer frente al COVID-19". **La Jornada**, 26 de febrero de 2020, p. 3. 2020a. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2020/02/26/politica/003n1pol>.

URRUTIA, Alonso y MUÑOZ, Alma E. "El país está en la fase 1; aún no es necesario cerrar las fronteras: Ssa". **La Jornada**, 18 de marzo de 2020, p. 2. 2020b. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2020/03/18/politica/002n1pol>.

VALTIERRA, David. Nn'a"ncue Ñomndaa. En: **De la Oralidad a la palabra escrita. Estudios sobre el rescate de las voces originarias en el Sur de México**. González-González, F. Santos-Bautista, H. García-Leyva, J. Mena-Angelito, F. y Cienfuegos-Salgado, D. (Coords). México: El Colegio de Guerrero y Ed. Laguna. 2012.

VILLA y CAÑA, Pedro, ALBERTO MORALES y Perla MIRANDA. "Jornada de sana distancia se alarga al 30 de mayo". **El Universal** online, 17 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/politica/jornada-de-sana-distancia-se-alarga-al-30-de-mayo>.

WHO. **Report of the Who-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)**. 16-24 February 2020. Disponible en: [https://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-(covid-19))

ŽIŽEK, Slavoj. "Con la pandemia empecé a creer en la ética de la gente corriente". **El país**. 2021. Disponible en: <https://elpais.com/ideas/2021-01-22/slavoj-zizek-con-la-pandemia-empece-a-creer-en-la-etica-de-la-gente-corriente.html>.

Entrevistas

Campesino Jorge (2020). Realizada el 22 de septiembre de 2020.

Enfermera Carolina (2020). Realizada el 19 de octubre de 2020.

Estudiante Jesús (2020). Realizada el 4 de septiembre de 2020.

Maestro Sergio (2020). Realizada el 2 de septiembre de 2020.

Maestro Ovidio (2020). Realizada el 22 de septiembre de 2020.

Médico Servando (2020). Realizada el 19 de octubre de 2020.

Médico Fausto (2020). Realizada el 18 de octubre de 2020.

As prisões de pessoas indígenas no Brasil em meio à pandemia e a urgência da ampliação de medidas pelo desencarceramento¹

Caroline Dias Hilgert
Michael Mary Nolan
Viviane Balbuglio

Resumo

Este artigo tem como objetivo refletir acerca do impacto da pandemia de covid-19 para as pessoas indígenas em privação de liberdade no Brasil. Para isso, serão apresentados dados de um estudo realizado em parceria entre o Instituto das Irmãs da Santa Cruz e o Conselho Indigenista Missionário sobre o encarceramento de pessoas indígenas no Brasil durante o ano de 2020 e o primeiro semestre de 2021, com base em dados oficiais governamentais e públicos. Serão sintetizados pelo menos cinco componentes graves do cenário geral da criminalização e conclui-se pela necessidade da ampliação de medidas pelo desencarceramento para pessoas indígenas no Brasil.

Palavras-chaves: Encarceramento; Pandemia; Indígenas; Direitos humanos.

Resumen

Este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre el impacto de la pandemia de covid-19 en los indígenas privados de libertad en Brasil. Para eso, se presentarán datos de un estudio realizado en colaboración entre el Instituto de las Hermanas de Santa Cruz y el Consejo Misionero Indígena acerca del encarcelamiento de indígenas en Brasil durante el año 2020 y el primer semestre de 2021, basado en datos gubernamentales y públicos oficiales. Se sintetizarán al menos cinco componentes graves del escenario

¹ Um versão deste texto foi publicada no Relatório de Violência Contra os Povos Indígenas do Brasil do Conselho Indigenista Missionário de 2020, disponível em: <<https://CIMI.org.br/wp-content/uploads/2021/11/relatorio-violencia-povos-indigenas-2020-CIMI.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

general de criminalización y se concluye que existe la necesidad de ampliar las medidas contra la prisión de las personas indígenas en Brasil.

Palabras-claves: Encarcelamiento; Pandemia; indígena; Derechos humanos.

Introdução

Pelo menos 1.229 pessoas indígenas estavam encarceradas no Brasil em plena pandemia da covid-19. Os dados referem-se ao período entre novembro de 2020 e janeiro de 2021, em 23 estados e Distrito Federal. Este número aponta para um aumento de 13% nessas prisões, em relação a levantamento similar, em 2019, e revelam a urgência da ampliação de medidas do desencarceramento das pessoas indígenas no país como uma questão de garantia de direitos humanos fundamentais.

As informações contidas no levantamento de dados sobre os aprisionamentos de pessoas indígenas no Brasil, evidencia falta de respeito na resolução de problemas coletivos. O estudo foi feito em parceria do Instituto das Irmãs da Santa Cruz (IISC) e o Conselho Indigenista Missionário (CIMI). As prisões no Acre, na Bahia e em Tocantins não estão computadas, pois estes estados deixaram de atender aos pedidos de acesso à informação no intervalo de tempo de realização da pesquisa em 2020.

O levantamento de dados, realizado via Lei de Acesso à Informação (LAI), foi organizado a partir dos achados dessa pesquisa em relação às contaminações pela covid-19 entre pessoas indígenas privadas de liberdade nos estados do Brasil. Baseia-se, portanto, em dados oficiais fornecidos pelas secretarias e outros órgãos das administrações prisionais incumbidos dessas funções.

Importa esclarecer que esta pesquisa vem sendo realizada há mais de cinco anos. Já foi apresentada, em conjunto com outras discussões atinentes às intersecções dos povos originários com a justiça criminal brasileira, como por exemplo no Relatório de Violência do CIMI de 2019 (CIMI, 2019).

A persistência e a continuidade desta investigação nos últimos anos têm dois horizontes principais: contribuir para a produção de informações sobre o aprisionamento e processos de criminalização dos povos indígenas no Brasil e avançar em novas agendas que priorizem o desencarceramento como principal estratégia de garantia de direitos específicos dessas populações tradicionais no país.

Os esforços de continuidade deste monitoramento via LAI e as considerações aqui expostas vão ao encontro de outras iniciativas institucionais recentes, implementadas entre 2019 e 2021, de atenção à população indígena privada de liberdade no país. São elas a Resolução nº 287 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e o seu Manual de Implementação, as Recomendações nº 62 e 91 do CNJ, a Nota Técnica nº 53 do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), Resolução nº 13 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária – CNPCP e a Recomendação nº 18 do Conselho Nacional de Direitos Humanos – CNDH².

² A Resolução nº 287 do CNJ encontra-se disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2959>> e seu manual de implementação em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/Manual-Resolu%C3%A7%C3%A3o-287-2019-CNJ.pdf>>; já as Recomendações nº 62 e 91 podem ser encontradas respectivamente em: <<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3246>> e <<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3785>>. A Nota Técnica nº 53 do DEPEN foi disponibilizada em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/arquivos/copy3_of_indigenas.pdf> e por fim, a Recomendação nº 18 do CNDH pode ser visualizada em: <<https://www.gov.br/participamaisbrasil/recomendacao-n-18-de-10-de-dezembro-de-20201>>. Acessos em: 23 mar. 2021.

Quadro 1 – Resoluções, nota técnica e recomendação

	Resolução nº 287 do CNJ	Nota Técnica nº 53 do Depen	Recomendação nº 18 do CNDH	Resolução nº 13 do CNPCP
Ano de publicação	2019	2019	2020	2021
Instituições destinatárias	Poder judiciário como um todo	Órgãos estaduais de administração penitenciária	Instituições que compõem o sistema de justiça criminal como um todo, entidades e organizações da sociedade civil	Órgãos que compõem a política penitenciária
Objetivos gerais	Estabelece procedimentos ao tratamento das pessoas indígenas acusadas, réis, condenadas ou privadas de liberdade, e dá diretrizes para assegurar os direitos dessa população no âmbito criminal	Recomenda a adoção de medidas necessárias e efetivas à custódia das pessoas indígenas privadas de liberdade nos estabelecimentos penais	Recomenda a ampla difusão, conhecimento e aplicação da Resolução nº 287 do CNJ	Recomenda diretrizes ao tratamento das pessoas indígenas acusadas, réis, condenadas ou privadas de liberdade

Fonte: Compilação pelas autoras.

Cada uma dessas normativas foi elaborada tendo em vista órgãos públicos e objetivos distintos em razão das próprias instituições que as emitiram. No entanto, todas coincidem com um objetivo comum que é a atenção às necessidades e direitos das pessoas indígenas em situação de prisão no Brasil. Especificamente quanto às Recomendações nº 62 e nº 91 do CNJ elas não tratam exclusivamente do encarceramento de pessoas indígenas no Brasil, mas de medidas gerais de prevenção à covid-19, sendo os povos indígenas entendidos como parte do grupo de risco da doença.

Cabe ainda apontar que no âmbito dos dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, realizado pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen)¹, apontam que no período de julho a dezembro de 2020, 1085 pessoas indígenas estavam presas no Brasil. Deste total, 1035 eram homens e 50 mulheres. Há ainda, o dado nacional aponta que 144 pessoas indígenas estavam presas em prisão domiciliar no país.

Pelo exposto, este artigo foi dividido em mais três seções além da presente introdução. Na segunda seção são apresentados dados do estudo realizado em parceria entre o IISC e CIMI, com base nos mecanismos de acesso à informação, do ano de 2020 e na terceira seção, serão apresentados dados inéditos do mesmo estudo atinentes ao primeiro semestre de 2021. Por fim, a última seção dedica-se às considerações finais e um chamado de atenção para a necessidade de ampliar as medidas pelo desencarceramento contra pessoas indígenas no Brasil.

¹ Os dados nacionais do DEPEN estão disponíveis no gráfico interativo disponibilizado pelo órgão no item “Composição da População por cor/raça no sistema prisional”: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJoiZmY1NjZlNmMtZmE5YS00MDIhLWEyNGYtYmNiYTkwZTg4ZmQ1IiwidCI6ImViMDkwNDIwLlRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 10 out. 2021.

Dados sobre contaminação por covid-19, por estado no ano de 2020

É necessário destacar que nos deparamos com estados como a Paraíba e o Distrito Federal, que informaram que em suas bases de dados de monitoramento das contaminações pela covid-19, nas unidades prisionais, não constavam especificações sobre pessoas indígenas. Isso corresponde à realidade do Painel de Monitoramento dos Sistemas Prisionais do Depen², que não especifica as informações sobre as contaminações, recuperações e óbitos decorrentes do coronavírus, nem distingue dados sobre gênero, raça, etnia e outros indicadores, relevantes para compreender os efeitos nefastos da pandemia no sistema carcerário brasileiro.

Somente sete estados informaram que pessoas indígenas foram contaminadas pela covid-19 no cárcere: Amazonas, Amapá, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Rondônia e Roraima.

Nos dados fornecidos não há especificação sobre o período em que estas pessoas foram contaminadas, nem detalhes quanto às medidas de isolamento e de tratamento adotadas nos estabelecimentos prisionais.

A pesquisa identificou que os três estados que mais encarceraram pessoas indígenas no país são, respectivamente, Rio Grande do Sul (382 pessoas presas), Mato Grosso do Sul (374 pessoas presas) e Roraima (182 pessoas presas). Dentre estes estados, dois deles destacaram-se pelas informações apresentadas sobre a covid-19. Mato Grosso do Sul e Roraima.

² O painel de monitoramento da Covid-19 pelo Departamento Penitenciário Nacional encontra-se disponível em: <<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYTlhMjk5YjgtZWQwYS00ODlkLTg4NDgtZTFhMTgzYmQ2MGVlIiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>>. Acesso em: 06 de abril de 2021.

Quadro 2 – Casos de Covid-19 entre indígenas aprisionados

Estados que informaram sobre casos de contaminação entre indígenas presos/as	Número total de indígenas que o estado informou estarem aprisionadas no período	Número total de casos de contaminação por covid-19 entre indígenas presos/as
Amazonas	28	1
Amapá	3	1
Minas Gerais	Não informado	1
Mato Grosso do Sul	374	88
Mato Grosso	5	1
Rondônia	20	2
Roraima	182	8
Santa Catarina	29	4

Fonte: Dados compilados pelas autoras

Mato Grosso do Sul: 85 homens infectados em uma mesma unidade prisional

Em Mato Grosso do Sul, o órgão responsável pela gestão da administração prisional do estado é a Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário (Agepen). A instituição informou que 356 homens indígenas e 18 mulheres estavam presos no estado. Eram dos povos Guarani, Kaiowá, Terena e Kadiwéu.

Analisando a evolução das taxas de encarceramento no estado do Mato Grosso do Sul nos últimos anos, identificamos um aumento de 77% nas taxas de encarceramento de pessoas indígenas no estado entre 2017, quando havia 211 pessoas indígenas presas, e 2020, quando esse número saltou para 374.

Quadro 3 - Evolução das taxas de encarceramento de indígenas no Mato Grosso do Sul

Evolução das taxas de encarceramento de indígenas no Mato Grosso do Sul				
	2017	2018	2019	2020
Homens	197	202	314	356
Mulheres	14	20	17	18
Quantitativo da população indígena encarcerada em MS	211	222	331	374

Fonte: Dados compilados pelas autoras.

O estado de Mato Grosso do Sul é um dos que mais encarceraram pessoas indígenas no Brasil. A Agepen apontou que foram reportados em um único estabelecimento prisional do estado, a Penitenciária Estadual de Dourados, 85 casos de contaminação da covid-19. O total de homens indígenas presos apenas nesta penitenciária era de 163 – o que significa dizer que pelo menos a metade dos homens indígenas privados de suas liberdades nesta unidade foram contaminados pela covid-19.

Roraima: infecção entre mulheres indígenas e a morte de um homem

No estado de Roraima, o órgão responsável pela administração prisional é a Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania (Sejuc). A resposta fornecida pelo estado, via LAI, indicou que 182 pessoas indígenas estavam presas. Eram 168 homens e 14 mulheres, que pertenciam aos povos Macuxi, Wapixana, Arau, Yanomami, Guará, Ingarikó, Guaíba, Guiana, Ticuna Taurepang e Patamona/Guiana.

Entre 2018 e 2020, a quantidade de indígenas privados de liberdade no estado de Roraima aumentou em impressionantes 574%. No período de apenas três anos, segundo as informações fornecidas pelo próprio estado, o número de pessoas indígenas presas saltou de 27 para 182.

Quadro 4 - Evolução das taxas de encarceramento de indígenas em Roraima

Evolução das taxas de encarceramento de indígenas em Roraima				
	2017	2018	2019	2020
Homens	Não informado	27	32	168
Mulheres	Não informado	0	4	14
Quantitativo da população indígena encarcerada em RR	Não informado	27	36	182

Fonte: Dados compilados pelas autoras.

Em sua resposta ao pedido feito via LAI, a secretaria também revelou a informação alarmante de que o estado de Roraima registrou a morte de um homem indígena encarcerado. Segundo a Sejuc, o indígena faleceu no dia 3 de agosto de 2020, em decorrência de “insuficiência respiratória aguda; pneumonia por covid-19”.

Além disso, das 14 mulheres indígenas presas em uma unidade prisional de Roraima, 7 delas testaram positivo para a covid-19. Segundo as informações prestadas, elas já estavam recuperadas e passaram por tratamento junto à equipe de saúde da própria unidade. Infelizmente, o estado não precisou as

informações quanto aos homens, informando apenas que “no caso de homens indígenas acometidos por covid-19, os casos foram tratados dentro da própria unidade prisional”.

Dados inéditos sobre contaminação por covid-19, por estado no primeiro semestre de 2021

Para frisar a importância da coleta de dados no que concerne o encarceramento de pessoas indígenas no Brasil durante a pandemia de covid-19, serão apresentados dados inéditos e preliminares referentes ao período do primeiro semestre do ano de 2021³.

Importante frisar que essa pesquisa se fundamenta nas informações prestadas pelas instâncias de governo responsáveis, de modo que se constata que no Brasil, infelizmente, o critério da autodeclaração não é constantemente seguido nas práticas das instituições da justiça criminal. Assim, os dados apresentados estão restritos às informações fornecidas oficialmente pelos estados da federação e Distrito Federal – ao passo que apenas o estado do Acre não respondeu à solicitação de informação.

O levantamento revelou um total de 887 pessoas presas, sendo que apenas o estado do Mato Grosso do Sul custodia 40,9% das pessoas indígenas presas no Brasil.

Os dados apurados durante o primeiro semestre de 2020 apontaram um total de 861 pessoas indígenas presas, enquanto os do segundo semestre revelaram um total de 1.229 pessoas presas.

Essa diferença entre as informações de um semestre para o outro ou de um ano para o outro não significa que houve uma redução das taxas de aprisionamento, mas uma discrepância no fornecimento dos dados pelos estados, em especial pelo estado do Rio Grande do Sul.

³ O método de coleta de dados é o mesmo já explanado no texto no que concerne às análises do ano de 2020. Os pedidos foram realizados em março de 2021 e foram acompanhados até o mês de junho de 2021. Em julho, os dados finais foram tabulados e analisados.

No primeiro semestre de 2020, o estado do RS informou que 58 homens indígenas estavam presos. Já no segundo semestre, esse número subiu para 382 e no primeiro semestre de 2021, esse número baixou para 42, o que impacta diretamente no total geral. Mostra-se, portanto, necessário a cobrança de transparência pública do método de coleta e fornecimento dos dados prisionais do estado do Rio Grande do Sul para que se compreenda as razões que envolvem as drásticas alterações nas informações prestadas, uma vez que não houve uma política de desencarceramento em massa de pessoas pertencentes aos povos originários em meio à pandemia de Covid-19 na região.

No mais, as altas taxas de aprisionamento no estado do Mato Grosso do Sul exigem atenção imediata para que se compreenda quais são os principais problemas que selecionam pessoas indígenas para a malha carcerária hoje, o que decorre das questões fundiárias da região e do resultado da falta de demarcação das terras tradicionais. É importante dizer que a pesquisa identificou que 79,1% das pessoas indígenas presas no estado do MS já se encontram condenadas e 19,6% foram classificadas como em prisão provisória.

Do total de pessoas indígenas encarceradas apurado em 2021, 48 são mulheres. Apenas o estado do Mato Grosso do Sul custodia 22 mulheres, seguido de Roraima, com 17 mulheres indígenas presas.

Em relação às mulheres com filhos/as menores de 12 anos ou com deficiência, entre os estados que apresentaram esta informação foram registradas 11 mulheres que declararam ser mães, além disso foi registrada a prisão de uma mulher indígena gestante e que estava custodiada na Penitenciária Feminina da Capital em São Paulo.

Entre os homens indígenas identificou-se um total de 839 pessoas presas. Apenas no Mato Grosso do Sul estavam presos 341 homens indígenas, seguido por 144, em Roraima; 57, no Ceará; 49, no Amazonas; 42, no Rio Grande do Sul; 34, em Pernambuco; e, 25, em Goiás.

Em relação às informações sobre povo de pertencimento ou etnia, elas apareceram em 82,4% das respostas fornecidas pelos

estados, de modo que 17,6% dos estados não forneceram esta informação. Os povos mais encarcerados foram: Kaiowá (17,6%), Macuxi (13,2%), Guarani (sem especificação) (10%), Terena (6,8%), Kaingang (5,7%).

No que toca às informações sobre língua materna, elas apareceram apenas em 15% das respostas fornecidas pelos estados. Este dado está extremamente subnotificado, uma vez que 85% das respostas não registraram esta informação. Entre as línguas registradas, nota-se com maior incidência: português (2,9%), Kaingang (2,8%), Tupi Guarani (1,6%), Kaingang Jê (1,2%) e Atikun (1%). Frente à subnotificação dos dados referentes à língua materna, é possível apontar que há violação sistemática deste direito nas prisões brasileiras entre os povos tradicionais. É necessário, portanto, investigar como o judiciário, que faz o processamento das acusações destas pessoas, está ou não mitigando este problema do não respeito à língua materna.

Nesse ponto, ainda que carente de informações gerais, pode-se dizer que o fato da maior notificação em relação à língua apresentar o português como referência pode estar atrelado ao critério integracionista/assimilacionista vigente na mentalidade de todos os atores das diversas esferas da criminalização de uma pessoa indígena. Desde a investigação até o processo judicial, desde a liberdade até a prisão, na experiência forense e prisional, nota-se que o indígena integrado é muitas vezes aquele que “já” fala o português, portanto também o que passa a não dispor de seus direitos especiais enquanto indígena.

Ora o sistema de justiça criminal tristemente tem negado o direito de falar na língua própria das pessoas indígenas que falam minimamente o português. Contudo, os dados da pesquisa chamam atenção vez que vão além do judiciário e evidencia uma possível discriminação por parte do poder executivo no sistema criminal.

Considerações finais: visibilidade necessária, vacinar e desencarcerar

Apesar da escassez de informações que conjuguem o aprisionamento de pessoas indígenas e as infecções por covid-19 no sistema prisional brasileiro, a visibilização de dados públicos, como os elencados anteriormente, é uma etapa imprescindível para que outras ações e estratégias possam compreender em maior profundidade o contexto da contaminação em massa entre indígenas na Penitenciária Estadual de Dourados ou nas unidades do estado de Roraima, por exemplo. A informação é importante para observar e demandar ações das autoridades locais, especialmente do poder judiciário, tendo como respaldo normativo a já mencionada Resolução nº 287 do CNJ e as demais normativas elencadas, que requerem monitoramento constante.

Para vislumbrar um horizonte para o desencarceramento das pessoas indígenas no Brasil, deve-se considerar pelo menos cinco componentes graves do cenário geral da criminalização e aprisionamento.

1. Os povos originários no Brasil enfrentam, pelo menos desde a colonização, o racismo, a discriminação racial, a xenofobia, a intolerância e a perseguição. Isso implica diretamente em seus direitos e em seu bem viver de forma livre e digna. Apesar dos avanços garantidos pela Constituição Federal de 1988, os magistrados, principalmente no âmbito criminal, mantêm a mentalidade involucrada pela abandonada política integracionista.

2. O sistema de justiça criminal não viabiliza, e muitas vezes até distorce, o critério da autodeclaração de pessoas indígenas acusadas ou processadas criminalmente no Brasil. Há falta de atenção a essa condição pelas autoridades coatoras. Existe ainda, diante do histórico de repressão e discriminação, o receio das próprias pessoas indígenas de se autoidentificarem como tal, somado ao desconhecimento de seus direitos.

3. A omissão do governo brasileiro em garantir as demarcações de terras e políticas públicas básicas para pessoas e

comunidades indígenas são fatores que contribuem para a inserção destas pessoas nas malhas do sistema de justiça criminal brasileiro, assim como para o alto índice de suicídio entre jovens.

4. Atualmente, as instituições que compõem o sistema de justiça criminal brasileiro, deliberadamente, desconsideram os métodos próprios de resolução de conflitos de cada povo. Sistemáticamente, desrespeitam seu direito à língua materna e negligenciam o impacto que a prisão de um membro de uma comunidade pode gerar para todos e todas que integram este coletivo, e rejeitam a realização de laudo antropológico, agindo com base no malfadado critério integracionista, superado pela Constituição de 1988.

5. Com base nas legislações nacionais e internacionais, desde que foram reconhecidas as formas próprias de resolução de conflitos e garantido o regime de semiliberdade em órgão indigenista, nenhuma pessoa indígena deve ser mantida presa em um estabelecimento penal governamental.

A conjuntura dos anos de 2020, 2021 e 2022 exigem atenção a um outro componente neste cenário: a pandemia da covid-19, a constatação dos efeitos devastadores da doença para os povos originários do Brasil e a esperança da vacinação. Em razão disso, as lutas que precisam ser travadas emergencialmente e caminham com a reflexão de compreender os impactos da pandemia na repressão e criminalização na luta dos povos originários do Brasil.

É urgente intensificar o envolvimento dos movimentos indígenas e indigenistas à questão antiprisional no Brasil. Assim, conjuntamente uniremos nossas forças em prol do desencarceramento e em busca do respeito a formas próprias de resolver problemas coletivos sem recorrer ao cárcere e à privação de liberdade.

Referências

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL. **Justiça Criminal e Povos Indígenas no Brasil**. Disponível em: <<http://apib.info/files/2020/04/Justic%CC%A7a-Criminal-e-Povos-Indi%CC%81genas-no-Brasil.pdf>>.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO e INSTITUTO DAS IRMÃS DA SANTA CRUZ. **Infográfico Prisões e Povos Originários no Brasil**. Disponível em: <<https://www.iisc.org.br/post/addiisc-realiza-pesquisa-com-intuito-de-monitorar-dados-p%C3%BAblicos-acerca-da-pris%C3%A3o-de-povos-ind%C3%ADgenas>>.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. **Relatório Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil, 2020**. Disponível em: <<https://CIMI.org.br/wp-content/uploads/2021/11/relatorio-violencia-povos-indigenas-2020-CIMI.pdf>>.

Autores e autoras

Alexandre Camera Varella

Mestrado e doutorado em História Social na Universidade de São Paulo-USP. Desde 2012 trabalho na Universidade Federal da Integração Latino-Americana-UNILA, em Foz do Iguaçu. Docente da pós-graduação em História PPG-HIS e colaborador na pós-graduação Interdisciplinar de Estudos Latino-Americanos PPG-IELA. Faço parte do Centro de Estudos Mesoamericanos e Andinos-CEMA/USP e do Laboratório de Estudos Históricos sobre Drogas e Alimentação LEHDA/USP. Também sou colaborador em projetos financiados pelo Programa de Apoyo a Projectos de Investigación e Innovación Tecnológica-PAPIIT, no Instituto de Investigaciones Históricas da UNAM. alevarella71@gmail.com

Benedito Antonio Genofre Prezia

Com graduação em Enfermagem, é mestre em Linguística Geral pela Universidade de São Paulo-USP, doutor em Ciências Sociais, com ênfase em Antropologia, pela Pontifícia Universidade de São Paulo-PUC-SP, membro da coordenação do Programa Pindorama para universitários indígenas na PUC-SP. É autor da obra *Entre a cruz e a espada. Os Tupi de São Paulo de Piratininga no século XVI* (2016), entre outros livros. preziabenedito@gmail.com

Caroline Dias Hilgert

Caroline Dias Hilgert é advogada, consultora jurídica do programa Assessoramento e Defesa de Direitos do Instituto das Irmãs da Santa Cruz (ADDIISC) e assessora jurídica do CIMI. Mestranda em Antropologia Social pela Unicamp. carolinediash@gmail.com

Cliver Ccahuanihanco Arque

Especialista en Derechos Humanos en América Latina por la Universidad Federal de la Integración Latinoamericana (UNILA-Brasil); Magister en el Programa Interdisciplinar en estudios Latinoamericanos (IELA) de la Universidad Federal de la Integración Latinoamericana (UNILA-Brasil); Abogado por la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez (UANCV-Perú) y Antropólogo por la Universidad Nacional del Altiplano (UNA-Perú). Correo: clivers7nba@hotmail.com.

Clovis Antonio Brighenti

Professor de História na graduação e no PPGHIS na Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) em Foz do Iguaçu/PR. Doutor em História Cultural pelo Programa de Pós-Graduação em História na Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC (2012). Mestrado em Integração da América Latina pela Universidade de São Paulo - USP (2001). É colaborador do Conselho Indigenista Missionário do qual foi membro entre 1988 a 2014. Desenvolve pesquisas junto às aos povos indígenas Guarani e Xokleng Laklãno nas temáticas fundiárias, políticas indigenistas e educação escolar. clovisbrighenti@gmail.com

Eliana Elisabeth Diehl

É graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Mestre em Ciências Farmacêuticas pela UFRGS (1992) e Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (2001), com Estágio Sênior (bolsa CAPES) pela *Universidad Rovira i Virgili* (URV), Espanha (2013). É professora Titular aposentada da UFSC e atualmente é voluntária na mesma Universidade. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica-Associação de IES na UFSC. É membra do Comitê Gestor do INCT Brasil Plural e pesquisadora da rede Saúde: Práticas Locais, Experiências e Políticas Públicas do mesmo Instituto (brasilplural.paginas.ufsc.br). Desenvolve pesquisas sob

uma perspectiva interdisciplinar, com a saúde coletiva/saúde pública, a antropologia da saúde e as ciências farmacêuticas nos seguintes temas: saúde indígena, política de atenção à saúde indígena, qualidade dos serviços farmacêuticos e assistência dos serviços farmacêuticos e assistência farmacêutica. elianadiehl@hotmail.com

Elaine Pereira Rocha

Possui graduação em história pela Universidade de Taubaté (1986); mestrado em História pela PUC-SP (1996), Doutorado em História Social pela USP (2002) e Mestrado em História Cultural pela University of Pretoria, South Africa (2007). Foi professor do Institute of Gender Studies da Addis Ababa University, Ethiopia, 2005-2007, atualmente é professor do departamento de história da University of the West Indies, Campus Cave Hill, Barbados, onde coordena a área de História da América Latina. Áreas de interesse: Estudos de Raça e Gênero, Raça e Gênero na América Latina, História da População Ameríndia, História do Negro no Brasil, História Social do Brasil século XIX e XX. Elaine.Rocha@cavehill.uwi.edu

Ever Sánchez Osorio

Catedrático CONACyT asignado al Centro de Investigación y Asistencia en Tecnología y Diseño del Estado de Jalisco A.C (CIATEJ), Área de Tecnología Alimentaria, Unidad Zapopan. Doctorado en Sociología por el Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (ICSYH-BUAP). Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores: 1. Es colaborador externo del Cuerpo Académico de Estudios Políticos del IISUABJO. Es miembro de diferentes redes y grupos de investigación. Cuenta con publicaciones en revistas nacionales e internacionales, capítulos en libros y participa en comisiones de publicación en libros y revistas, miembro del consejo editorial CIATEJ-COLSAN. Línea de investigación: Sociología de la vida

cotidiana, Formación del Estado, Gobernabilidad y Ciudadanía, Sociología del Desarrollo y ruralidad.

Francisco Silva Noelli

Possui bacharelado e licenciatura em História pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1989), mestrado em História pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1993) e atualmente é aluno do doutorado em Arqueologia na Universidade de Lisboa. Foi professor da Universidade Estadual de Maringá, Paraná. Tem experiência nas áreas de Arqueologia e História, com ênfase em Arqueologia, atuando nas subáreas: arqueologia, arqueologia pré-histórica e histórica, arqueologia subaquática, história da arqueologia brasileira, cultura material, meio ambiente, povos Guarani e Kaingang, história indígena e história do Brasil colônia. Pós-doutorado na UNIARQ\Centro de Arqueologia da Universidade de Lisboa. francisconoelli@edu.ulisboa.pt

J. Kenny Acuña Villavicencio

Antropólogo, Dr. Sociología por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Conacyt, Nivel I. Investigador posdoctoral en el Posgrado en Ciencia Política y profesor en el Posgrado en Estudios de Violencias y Gestión de Conflictos de la Universidad Autónoma de Guerrero. Correo: johnkenny@uagro.mx

Manuel Garza Zepeda

Doctor en Sociología. Profesor investigador de tiempo completo en el Instituto de Investigaciones Sociológicas de la Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca. Investigador Nacional del CONACYT (SNI). Autor de los libros Insurrección, fiesta y construcción de otro mundo en las luchas de la APPO, Oaxaca 2006-2010 (2016), y Luchas y emancipación social en Oaxaca (2018). Colaborador en la coordinación de los libros: Cartografías de la pandemia en tiempos de crisis civilizatoria. Aproximaciones a su

entendimiento desde México y América Latina (2020); Políticas y estrategias de resistencia (2018); México en Movimientos (2017); Política y alternativas frente a la crisis capitalista (2017); Oaxaca 2006-2016. Antagonismo, subjetividades y esperanza (2016), Participación y rupturas de la política en México. Subjetividad, luchas y horizontes de esperanza (2015). Sus líneas de investigación son las luchas anticapitalistas, la crítica de los movimientos sociales y de la política prefigurativa.

Michael Mary Nolan

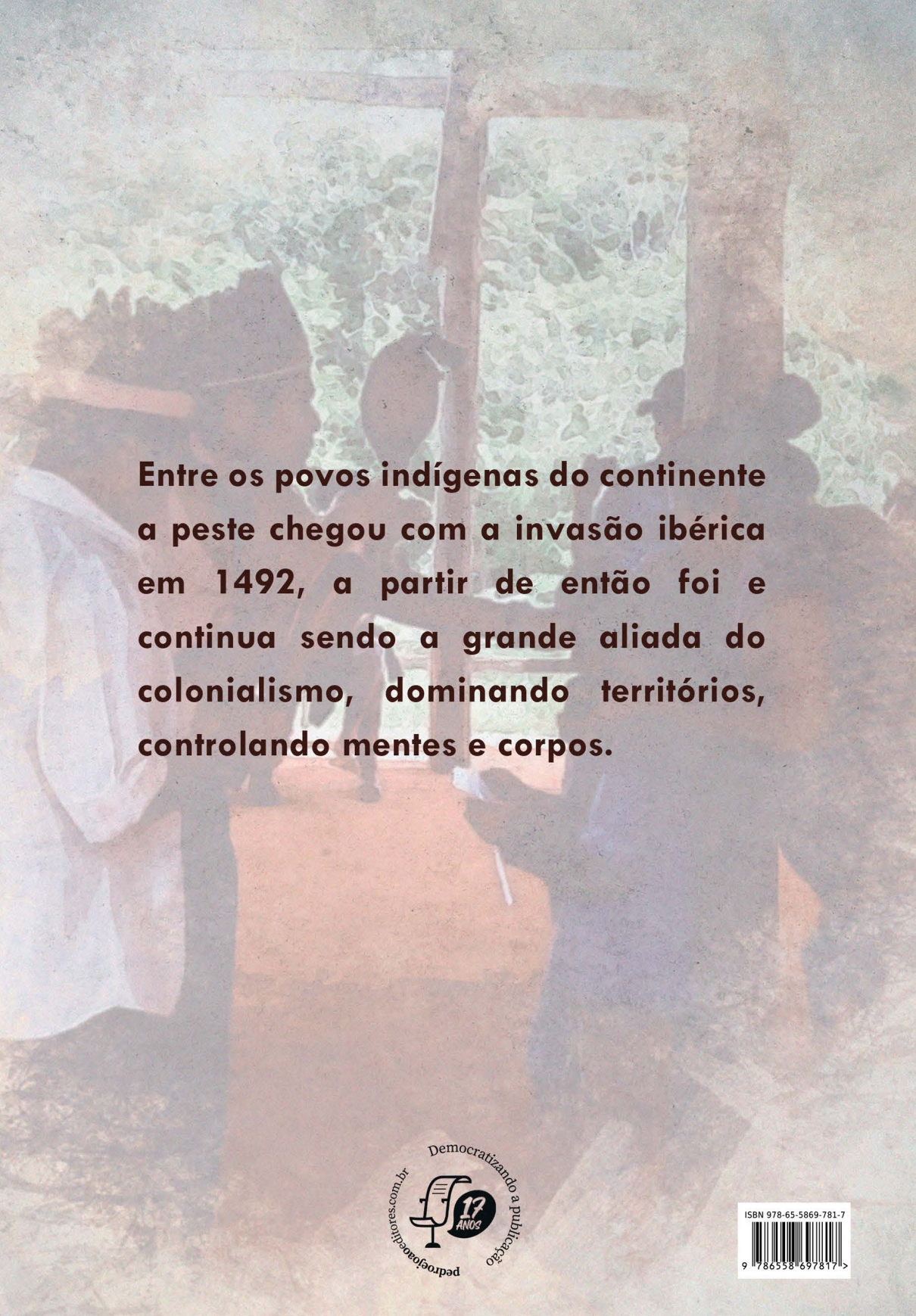
Michael Mary Nolan é advogada, coordenadora do programa ADDIISC e assessora jurídica do CIMI. mmarynolan@gmail.com

Víctor Hugo Perales Miranda

Sociólogo, Máster en Historia de América Latina. Docente de la UPEA y la UMSA. Email: victorhugo76@gmail.com.

Viviane Balbuglio

Viviane Balbuglio é a advogada, mestra em Direito e Desenvolvimento pela FGV-SP e consultora jurídica do programa ADDIISC. viviane.balbuglio@gmail.com



Entre os povos indígenas do continente a peste chegou com a invasão ibérica em 1492, a partir de então foi e continua sendo a grande aliada do colonialismo, dominando territórios, controlando mentes e corpos.



ISBN 978-65-5869-781-7

